

UNIVERSITÉ LAURENTIENNE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ LAURENTIENNE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SERVICE SOCIAL

PAR

BRIGITTE JULIEN

TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ET TRAUMATISMES CHEZ L'ENFANT :
RECENSION INTÉGRATIVE DES ÉCRITS

© Brigitte Julien, 20 août 2015

REMERCIEMENTS

J'aimerais présenter mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens premièrement à remercier Marie-Luce Garceau, Ph. D. et directrice de ce mémoire, qui s'est toujours montrée à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce mémoire. Merci pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. Merci pour ton sens de l'humour, ton sourire, ton rire, ta vision, ta passion et ton inspiration.

À Michel-André Beauvolsk, Ph.D., deuxième lecteur de ce mémoire, merci pour ta disponibilité et le temps consacré à me soutenir.

À toi Nicole, mon inspiration. Merci pour tout ce que tu fais au jour le jour pour m'appuyer. Tu m'encourages et tu me pousses à être à mon meilleur. Et avec toi, je le suis. Merci pour tes mots de sagesse, tes conseils et ta croyance en moi.

À mes enfants, comme je vous apprécie, chacun et chacune d'entre vous. Vous êtes une inspiration pour moi. Chaque jour, je reconnais votre capacité de surmonter vos propres défis et de vivre si profondément vos succès. Merci pour vos sourires, vos rires aux éclats, vos chansons, vos dessins, vos caresses et vos mots tendres, tout ça me donne la volonté de vivre chaque jour pleinement.

To Maureen Elizabeth Dean, you are my reason for becoming a social worker. In my early years, you were there for me, to guide me through my darkest hours and my most trying times. I am forever indebted to you Maureen, and will never forget what gifts you've brought to my life.

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Les troubles de l'attachement dans l'enfance, et plus particulièrement les troubles réactionnels de l'attachement sont complexes. Afin de bien saisir leur complexité et intervenir adéquatement, il faut non seulement bien les comprendre et les cerner, mais aussi bien évaluer les traumatismes associés à ces troubles et les effets des traumatismes vécus par l'enfant. Ce mémoire, construit à l'aide d'une recension intégrative des écrits, vise à offrir quelques pistes de réflexion et de compréhension sur les troubles de l'attachement, dont le trouble réactionnel de l'attachement, les traumatismes, dont les traumatismes sévères vécus dans l'enfance, et les principaux modèles d'intervention pour traiter ces deux problématiques. La discussion porte principalement sur les barrières qui rendent très difficile l'intervention auprès de ces enfants et, plus particulièrement auprès des enfants qui vivent dans le nord de l'Ontario.

Mots clés : enfance, troubles de l'attachement, trouble réactionnel de l'attachement, traumatismes, modèles d'intervention, service social, recension intégrative des écrits, barrières à l'intervention.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Trauma and attachment disorders are complex in nature. In order to better grasp the complexities of the latter, one must not only understand them, but be able to evaluate trauma and the impact it bears on the child as well as to understand the link associated between trauma and attachment disorder. This thesis has for a purpose to integrate all research articles pertinent to trauma and attachment disorders and create a thorough understanding of the two concepts, as well as the treatment modalities utilized in best practices. The discussion content reviews the barriers that social workers could potentially face while implementing intervention strategies with the child, and more particularly, the barriers that are more commonly lived in the rural community of Northern Ontario.

Key words: childhood, attachment disorders, reactive attachment disorders, trauma, treatment modalities, social work, research articles, barriers to interventions.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS.....	ii
ABSTRACT AND KEY WORDS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vi
INTRODUCTION	1
Trajectoire personnelle et professionnelle	1
Lien entre traumatismes et troubles réactionnels de l'attachement.	10
Contenu du mémoire	13
CHAPITRE I MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	16
1.1 Recension intégrative des écrits	16
1.1.1 Première étape définition du problème : choix de questions.....	18
1.1.2 Seconde étape : stratégie de recherche d'information, méthode d'échantillonnage des travaux de recherche et localisation des travaux	19
1.1.2.1 Termes d'indexation	20
1.1.2.2 Critère de sélection des travaux	21
1.1.3 Étapes subséquentes : analyse et discussion	23
CHAPITRE II TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT	24

2.1 Prévalence des troubles de l'attachement et des troubles réactionnels de l'attachement	24
2.2 Théorie de l'attachement selon Bowlby.....	26
2.3 Théorie de l'attachement selon Ainsworth	31
2.3.1 Profils d'attachement	36
2.3.1.1 Attachement sécurisant	37
2.3.1.2 Attachement non sécurisant évitant et ou ambivalent.....	38
2.3.1.3 Attachement non sécurisant désorganisé ou désorienté	39
2.4 Trouble réactionnel de l'attachement.....	40
2.4.1. Approche dynamique maturationnelle de Patricia Crittenden sur l'attachement	45
CHAPITRE III TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS	48
3.1 Définitions des traumatismes	48
3.2 Liens entre troubles de l'attachement et les traumatismes.....	51
3.2.1 Type de traumatismes traités	60
3.2.2 Effets immédiats à court terme – la période de l'enfance	64
3.2.3 Prédisposition neurobiologique	67
3.3 Modèles efficaces d'intervention pour l'attachement et les traumatismes	69
3.3.1 Psychothérapie développementale dyadique	72
3.3.1.1 Daniel Huges et le mode de traitement de la psychothérapie développementale dyadique	76
3.3.2 Autres modes de traitements	80
CHAPITRE IV DISCUSSION	86

4.1 Méthodologie adéquate pour la recension des écrits.....	86
4.2 Troubles de l'attachement et les traumatismes	87
4.3 Barrières des travailleuses et travailleurs sociaux à toutes les étapes de l'intervention	89
4.4 Barrières au sein des institutions du nord de l'Ontario	96
4.5 Barrières pour les personnes en besoin de services	98
4.6 Formation des travailleuses et travailleurs sociaux.....	100
4.7 Formation universitaire	104
4.8 Sociétés d'Aide à l'enfance et l'adoption internationale	106
4.9 Modèles d'intervention	109
CONCLUSION	111
BIBLIOGRAPHIE	114

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Étapes du processus de recherche intégrative selon Berkowitz et Eisenberg	17
Tableau 2 Base de données recensée	19
Tableau 3 Termes de l'indexation et combinaison des mots utilisés	21
Tableau 4 Critères de sélection : cadre conceptuel	22
Tableau 5 Changements apportés au DSM	42
Tableau 6 Modèles de développement et de symptômes douteux - <i>Impaired Development and Symptoms Patterns</i>	74

LISTE DES FIGURES

Figure 1 La pente glissante de Steinhauer.....	54
Figure 2 Conséquences liées à l'échec du travail de deuil de Steinhauer	57
Figure 3 Facteurs potentiellement pathogènes interagissant en cours de placement à long terme	58

INTRODUCTION

Trajectoire personnelle et professionnelle

Dans mon rôle professionnel, à titre d'intervenante dans le domaine du service social en milieu scolaire, il m'arrive souvent d'intervenir auprès d'enfants, d'adolescentes et d'adolescents qui sont troublés, traumatisés ou accablés par des facteurs externes qui ont un impact néfaste sur leur croissance, leurs états biologique, physique et psychique, et sur le plan psychologique, socio affectif et socio émotif.

Parmi ces enfants et ces jeunes, nombreux sont celles et ceux qui ont vécu des traumatismes inimaginables. Par exemple, certains ont vécu de l'abus durant l'enfance, de l'inceste ou de la négligence sévère, alors que d'autres ont subi un accident, le décès d'un proche, un deuil profond suite à une perte ou une séparation familiale, ou ont été témoins de violence conjugale, etc. Or, toutes ces personnes cherchent à mettre fin à leurs angoisses, à leurs douleurs, à leurs stress.

Comme intervenante, j'œuvre auprès de nombreux enfants aux prises avec des traumatismes et de troubles de l'attachement. Durant ma carrière, j'ai travaillé dans une agence communautaire comme clinicienne auprès des enfants âgés de la naissance à six ans pendant douze ans. Ma carrière a toujours été marquée par mon intérêt pour les traumatismes et les troubles de l'attachement. Ayant au-delà de soixante-dix cas à la fois dans ma charge de travail, plus des trois quart des cas proviennent des services de la Société de l'aide à l'enfance, et le nombre d'enfants vivant des traumatismes, et par défaut, des troubles de l'attachement est important.

Au cours de mes premières années comme intervenante, j'ai reçu une formation de trois jours portant sur les effets des traumatismes sur les enfants. Cette formation, offerte par Géraldine Crisci, m'a ouvert l'esprit à tout ce qui pouvait être accompli pour ces enfants au niveau de l'intervention. C'est ainsi, que de ma propre volonté, j'ai choisi de faire un programme de stage externe de trois ans auprès de Géraldine Crisci (M.S.W.), une femme extraordinaire ayant une expérience de plus de 30 ans dans le domaine des traumatismes et de l'évaluation des traumatismes. Durant cette formation, j'ai compris toute l'importance de l'efficacité des interventions auprès des enfants ayant vécu des traumatismes afin qu'ils puissent s'épanouir. Ce fut aussi le moment où j'ai compris que je n'étais pas aussi outillée que je le voulais afin de continuer à œuvrer auprès de ces enfants, et que si je souhaitais continuer dans la même veine, il fallait que je m'engage dans un apprentissage continu afin de bien desservir les enfants traumatisés. Le présent mémoire est un aspect de mon engagement continu auprès de ces enfants.

Comme exigence de mon stage externe de formation dans le programme de Geraldine Crisci, je devais choisir dix cas parmi mes soixante-dix qui pouvaient servir comme base pour mon apprentissage. C'est donc à partir de ces cas que j'ai compris davantage le lien entre les traumatismes et les troubles de l'attachement. Afin d'approfondir mes connaissances, j'ai aussi choisi de développer mes apprentissages dans le domaine de la santé mentale afin de bien cerner les raisons pour lesquelles les interventions conventionnelles ou plus traditionnelles, comme l'approche cognitivo-comportementale, n'était pas efficace auprès des enfants ayant des traumatismes ou des troubles réactionnels de l'attachement et, qu'en effet, certaines approches d'intervention pouvaient aggraver les symptômes de l'enfant.

À l'heure actuelle, j'œuvre comme intervenante en milieu scolaire, là où les interventions sont généralement à très court terme. C'est-à-dire que lorsqu'un dossier m'est assigné, il est entendu que le dossier sera ouvert, la personne traitée, et le

dossier fermé dans les plus brefs délais. Souvent, ce sont des dossiers qui portent sur des enfants ayant vécu des traumatismes et qui affichent des difficultés d'anxiété et de troubles d'attention ou de comportements. D'ailleurs, ce sont ces dossiers qui sont les plus complexes, qui apportent des défis au niveau thérapeutique. Par exemple, il arrive très souvent de recevoir un dossier d'un enfant affichant des comportements très négatifs (agressifs, défiants, oppositionnels, etc.). Le but de mes interventions est de diminuer les manifestations de ces comportements pour que l'enfant puisse mieux fonctionner en salle de classe ou dans un autre environnement. Par contre, lorsque je commence à faire l'évaluation de d'un enfant qui me dit, par exemple, qu'il vit des abus sévères de la part de ses parents, je dois obligatoirement et premièrement faire un rapport à la Société de l'aide à l'enfance. Ensuite, mon rôle initial serait, en principe, de réduire les comportements de l'enfant à l'aide, par exemple, de l'intervention comportementale, mais dans une telle situation, l'objectif d'intervention change dramatiquement. En effet, je devrais débiter par une évaluation approfondie des traumatismes et de leurs impacts sur l'enfant et, par la suite, initier une intervention adéquate et à long termes pour le soutenir. Malheureusement, ce n'est pas possible en milieu scolaire, parce que nous sommes mandatés pour servir les enfants en utilisant des traitements à court terme (entre quatre à six rencontres). Or, il me semble que ce n'est pas éthiquement acceptable de débiter une telle évaluation thérapeutique et en profondeur sans être en mesure de faire le suivi. Pourtant, les besoins sont là. Par ailleurs, il me semble que cela va à l'encontre du besoin thérapeutique de l'enfant. En effet, si je ne traite que les comportements les plus manifestes ou criants, ce qui n'est qu'une approche temporaire pour l'enfant, dans la réalité cet enfant reviendra et reviendra dans le système parce qu'il n'aura par reçu le soutien dont il a besoin. Ce sont quelques-unes des embûches que je rencontre souvent dans mes interventions en milieu scolaire.

Introduction aux troubles de l'attachement et aux troubles réactionnels de l'attachement

Les troubles de l'attachement et les troubles réactionnels de l'attachement sont complexes. Afin de bien comprendre la complexité de ces derniers, il faut bien évaluer les traumatismes liés aux troubles et les effets des traumatismes sur l'enfant. Il se peut qu'un enfant vive un événement traumatisant mais qu'il ne soit pas atteint d'un trouble de l'attachement. Par exemple, un enfant qui subit un accident d'automobile à l'âge de six ans, qui habite dans une famille accueillante, qui reçoit des soins médicaux et psychologiques appropriés et nécessaires après l'accident, pourrait vivre une situation de choc émotionnel sans pour autant vivre un traumatisme. Par ailleurs, l'enfant ne subira pas nécessairement d'effets à long termes face à son attachement à ses parents ou à sa famille d'accueil. Par contre, il n'est pas possible qu'un enfant soit atteint d'un trouble de l'attachement sans qu'il n'ait vécu un ou des traumatismes. Les troubles de l'attachement proviennent de traumatismes vécus dans la petite enfance. Or, les enfants en bas de l'âge de trois ans sont vulnérables et dépendent des adultes qui les entourent. Ce sont les adultes qui sont responsables de la sécurité et du bien-être de l'enfant.

Là où les troubles de l'attachement surviennent, c'est lorsque les besoins de base de l'enfant ne sont pas comblés, c'est-à-dire, par exemple, que lorsqu'un bébé pleure, l'adulte responsable de ce bébé doit se préoccuper de son besoin, le soigner ou s'assurer que l'enfant n'a pas faim, qu'il n'est pas inconfortable, et qu'il se sent en sécurité. Si le bébé est délaissé ou négligé, et qu'on ne répond pas à ses besoins de façon constante et efficace, c'est-à-dire, de façon régulière, le bébé apprend vite à ne plus faire confiance en la personne qui prend soin de lui, il n'aura plus confiance qu'il y aura quelqu'un pour prendre soin de lui. Par conséquent, le bébé apprendra à se détacher parce que l'on ne répond pas à ses besoins par des soins, et trouvera des façons de se soulager autrement, et mettra de côté ses besoins de base. Par exemple,

le bébé peut possiblement arrêter de pleurer lorsqu'il a faim, parce qu'il a compris que pleurer ne porte pas fruit. La négligence envers l'enfant se trouve parmi les types de traumatismes que peut vivre un bébé. Ce type de trouble de l'attachement s'appelle l'attachement non-sécurisant et évitant.

L'attachement non-sécurisant et désorganisé peut être présent chez un bébé ou un enfant s'il a vécu des abus perpétrés par l'adulte responsable de l'enfant. Dans ce type d'attachement, on peut voir par exemple, que lorsque le bébé pleure, l'adulte responsable ignore le bébé pendant un certain temps. Lorsque le bébé continue de pleurer, l'adulte crie à tue-tête, frappe le mur ou même secoue le bébé afin de le faire taire. Toutefois, lorsque l'adulte le secoue et que le bébé arrête de pleurer, l'adulte caresse alors le bébé, le berce et le blâme pour ses actions : « Si t'avais juste arrêté de pleurer, je n'aurais pas eu à te secouer ». Le bébé, après plusieurs événements de ce genre, apprend que le parent n'est pas constant dans sa tendresse ou ses soins, et lorsqu'il est tendre, c'est souvent après qu'il ait été abusif. Le bébé n'est pas sécurisé, il peut même se sentir désorganisé dans ses émotions puisqu'il ne sait jamais quand le parent sera disponible et affectueux envers lui. Par ailleurs, si le bébé vit des traumatismes tels la négligence, l'abus physique ou psychologique de façon répétitive, il apprend alors à ne pas avoir besoin des adultes pour le garder en sécurité, puisqu'il réalise que peu importe ses réactions, ses émotions, ses craintes et ses peurs, ses besoins ne sont jamais répondus.

Le trouble réactionnel de l'attachement est encore plus complexe que les précédents. Les critères diagnostiques pour ce type de trouble sont plus importants à cause de la durée, de la sévérité et de la complexité des traumatismes vécus par l'enfant. Non seulement est-ce que le bébé vit de la négligence sévère, mais aussi d'autres facteurs néfastes qui nuisent à son bien-être. Par exemple, le bébé qui est négligé peut aussi avoir été abusé de la part de ses parents, ne sachant jamais qui va venir à son secours. Les abus vécus par l'enfant deviennent la base sur laquelle il bâtit ses repères pour ses

relations dans le futur. Il comprendra que ces parents, ceux qui sont censés l'aimer sans condition, ne l'aime pas, ne le protège pas, ne le garde pas en sécurité, et que l'abus continue de se perpétrer. L'enfant grandira, croyant qu'il ne vaut pas la peine et qu'il n'est pas aimable.

Afin de mieux cerner le trouble réactionnel de l'attachement, j'ai compilé quelques-unes des histoires de plusieurs enfants que j'ai rencontrés durant ma pratique professionnelle. Je leur ai donné des pseudonymes et les endroits comme les situations familiales d'accueil sont fictives afin de protéger la confidentialité de ces enfants et de leur famille. Ainsi, l'enfant Sébastien représente l'histoire de plusieurs enfants. Les parents étaient totalement dépourvus face aux effets des traumatismes vécus par Sébastien et ils ont cherché de l'aide afin de mieux comprendre leur enfant et de tenter de développer une relation harmonieuse avec cet enfant tellement détaché d'eux et brisé par son vécu¹.

Ses beaux yeux couleur chocolat foncé me regardent. Mais, il ne me voit pas. Ces yeux, autant qu'ils sont beaux sont vides, l'enfant semble perdu. Je le vois regarder la salle de rencontre afin de se sentir en sécurité. Il ne vient pas à bout de se calmer. Il est anxieux, timide, et hyper stimulé dans ce nouvel environnement dans lequel il se retrouve.

Sa mère adoptive est à l'extérieur de la salle de rencontre où Sébastien et moi sommes. Il ne la cherche pas. En fait, il semble ni avec elle, ni avec moi. Il semble seul dans son monde.

Sébastien a cinq ans et demi. Il est d'origine roumaine. C'est là, en Roumanie, que ses parents sont allés le chercher pour l'adopter. Il s'agit d'un enfant bohémien, né d'une mère bohémienne, probablement atteinte de difficultés majeures au niveau de sa santé mentale, elle était jeune et très pauvre. Sa mère biologique n'ayant pas l'éducation nécessaire pour travailler, s'est retrouvée dans le marché de la prostitution, Sébastien à ses côtés. Sébastien n'a jamais connu une vie simple. Au contraire, durant les

¹ Les histoires de ces enfants sont présentées en italique dans le texte. Elles sont issues de la pratique professionnelle de l'auteure.

premiers six mois de sa vie, il a été trimballé dans toutes sortes de ruelles sales et dangereuses de la Roumanie. Il avait sans doute froid, et avait sans doute peur. Ce que nous comprenons c'est que personne n'a répondu à ses besoins de base dont le sentiment de sécurité.

La première fois que j'ai rencontré Sébastien, il avait cinq ans. Nouvellement arrivé au Canada depuis une demi année, il était doux, tranquille et hésitant dans ses interactions avec moi, sa nouvelle intervenante. Mon rôle, du moins c'est ce que je croyais, était pour être semblable à celui que j'exerce auprès des autres enfants auprès desquels j'interagis comme intervenante soit celui de participer au développement social et affectif de Sébastien, offrir aux parents des nouvelles techniques pour les soutenir lorsque l'enfant montre des comportements difficiles, et sûrement, de « sauver » Sébastien de tous les malheurs qu'il avait vécu en lien avec les traumatismes durant sa petite enfance en Roumanie.

Autour de l'âge de six mois, la mère biologique de Sébastien remarqua qu'il était souvent malade, il était maigre et très faible. Elle l'admit à l'hôpital et l'abandonna à cet endroit parce qu'il avait des problèmes très sévères au niveau de ses reins. Sébastien passera les six prochains mois dans l'hôpital, n'ayant aucun contact avec sa mère biologique. Il se retrouva tout seul. Son premier abandon ; mais certainement pas son dernier.

Comme l'explique Bowlby,

L'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère. L'attachement débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie (Labbé, 2012, p.1).

Durant son séjour de six mois à l'hôpital, Sébastien subira trois chirurgies majeures sur un de ses reins. Lorsque les besoins médicaux n'ont plus été nécessaires, il fût transféré à l'hôpital psychiatrique pour enfants délaissés et abandonnés, et dans le cas de Sébastien, un enfant bohémien. C'est là où Sébastien passera les prochaines quatre années de sa vie.

Il en est de même au niveau des représentations d'attachement chez les enfants élevés en établissement. Van Ijzendoorn, et collab. (2010), relèvent la violence institutionnelle comme une des causes de l'attachement désorganisé chez les enfants vivant en établissement. Ils affirment que les soins fournis, dans un contexte imprévisible et parfois chaotique de certains établissements à risques multiples, engendrent de la négligence dans les besoins d'attachement de l'enfant.

C'est donc dans un espace limité, de moins de dix pieds carrés que Sébastien a vécu, abandonné et délaissé. Dans cet espace limité, Sébastien n'avait pas accès à de l'eau courante, ni un accès à une toilette. Il n'y avait pas de douche, ni de jouets, ni de couvertures ou d'oreiller. Les enfants étaient nourris avec une sorte de « bouillie gluante » trois fois par jour. Ils devaient tout ingurgiter dans une période de quinze minutes. Une fois les quinze minutes écoulées, que les enfants aient terminés ou non leur repas, ils étaient de nouveau enfermés dans leur petit racoin. Il n'y avait aucun toucher physique ou affectueux pour ses enfants, mais de nombreux épisodes de négligence sévère ou d'abus. Leurs besoins de base (par exemple : nourriture, sommeil et sécurité) n'étaient absolument pas comblés.

Quant à mon rôle, je croyais qu'il était pour être relativement facile. Mais, comment pouvais-je aider cet enfant à réparer les traumatismes vécus ? En utilisant l'approche cognitivo-comportementale, approche que j'utilisais, qui se base sur l'expérience cérébrale d'un traumatisme alors que la plupart des traumatismes vécus par cet enfant n'avait aucun vocabulaire ? Comment pouvais-je traiter cet enfant qui avait été tellement négligé et maltraité à tel point qu'il ne faisait confiance à personne dans son environnement, alors que la base de tout traitement thérapeutique c'est le sens de sécurité et de la confiance ?

La santé mentale des enfants atteints de troubles réactionnels de l'attachement est fragile. Les travailleuses et travailleurs sociaux qui œuvrent dans les milieux communautaires et scolaires doivent être outillés, doivent pouvoir avoir accès à des formations adéquates, et ils doivent développer l'expérience nécessaire afin de bien cerner ce que sont ces troubles de l'attachement chez les enfants avec qui ils ou elles doivent intervenir. Les recherches confirment que les troubles de l'attachement chez

les enfants sont un facteur de risque important dans le développement de psychopathologies (Spratt, 2000, p. 139).

Par contre, cerner un trouble réactionnel de l'attachement n'est pas évident, tout particulièrement parce qu'il y a plusieurs éléments inconnus au sujet de l'enfant et que peu nombreuses sont les recherches qui permettent de concrétiser exactement les critères associés à ce trouble de l'attachement et ses implications pour le diagnostic et pour le traitement de ce dernier.

Nous n'avons qu'une compréhension partielle des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent contribuer aux troubles réactionnels de l'attachement. Le diagnostic et le traitement des troubles réactionnels de l'attachement sont compliqués parce qu'il y a souvent d'autres pathologies comorbides psychiques, médicales et développementales qui doivent aussi être reconnues et traitées (Spratt, 2000, p.139).

C'est un défi incroyable pour les intervenantes et intervenants de comprendre en profondeur la complexité des diverses formes de troubles de l'attachement. Par ailleurs, alors que certains troubles de l'attachement, moins sévères sont traitables et relativement faciles à surmonter, ce mémoire se concentrera sur les troubles de l'attachement et portera une attention sur les formes suivantes de l'attachement : non-sécurisant, ambivalent ou désorganisé, car ces derniers sont complexes mais traitables. Par contre, lorsqu'il s'agit du trouble réactionnel de l'attachement, on ne peut en dire autant, on pourrait même penser qu'il ne l'est pas, surtout lorsque sa sévérité et sa gravité sont à leurs paroxysmes. Les travailleuses et travailleurs sociaux souhaitent tous intervenir adéquatement auprès des enfants, veulent donner aux parents les outils nécessaires pour que leurs enfants et leurs familles vivent des succès. Ils et elles sont des experts dans le domaine de la santé mentale et donc, ils devraient être en mesure de trouver des interventions qui changeront la vie des familles avec lesquelles ils interviennent. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de vivre ce genre de succès avec des enfants qui sont aux prises avec un

trouble réactionnel de l'attachement pour plusieurs raisons dont le manque de ressources et de formation, l'impossibilité ou l'incapacité de l'engagement parental, et les lacunes dans les recherches empiriques pouvant appuyer les interventions. Par ailleurs, la raison primordiale concernant l'incapacité de traiter les enfants atteint d'un trouble réactionnel de l'attachement est la pathologie elle-même comme nous le verrons plus loin dans ce mémoire.

Lien entre traumatismes et troubles réactionnels de l'attachement.

Dans ma pratique en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescentes et adolescent, je constate qu'il existe un lien étroit entre les troubles de l'attachement et les traumatismes vécus dans l'enfance. C'est d'ailleurs la raison d'être de cette recherche. Prenons de nouveau le cas de Sébastien.

Sébastien est un enfant ayant vécu des traumatismes complexes tôt dans sa vie, traumatismes qui l'ont mis à risque élevé de développer un trouble de l'attachement. Il a vécu de la négligence sévère et persistante de la part de sa mère biologique et au sein de l'institution dans laquelle il a vécu pendant quatre ans avant son adoption. De plus, il a vécu un abandon précoce. Ce sont autant de traumatismes qui font que l'enfant a développé un trouble de l'attachement.

On peut classer certains troubles comme étant du style non-sécurisant, ou encore si un enfant a vécu de l'abus persistant de la part de ses parents, il pourrait développer un trouble de l'attachement de style désorganisé et, enfin, un enfant qui est témoin de violence conjugale persistante pourrait développer un trouble de l'attachement de style désinhibiteur. Tous les enfants qui ont vécu des traumatismes sont donc à risque de développer un trouble de l'attachement puisque la base sécuritaire pour tous les enfants se situe chez les parents et que ceux-ci ne la leur ont pas offerte. Or, si le parent est incapable de sécuriser l'enfant, celui-ci n'aura pas développé les outils nécessaires pour le faire lui-même. Il développera alors d'autres moyens pour

survivre. Ces outils de survie, qui sont reconnus comme faisant partie des troubles de l'attachement, sont simplement des façons d'être pour les enfants qui les vivent.

Par exemple, un enfant qui a été négligé pendant les trois premières années de sa vie pourrait devenir l'enfant qui grimpe sur une personne inconnue et qui démontre de l'affection pour cette personne, même si elle n'est pas familière à l'enfant. Pour l'enfant, ce n'est qu'une façon de s'assurer que ses besoins de bases (affection) sont rencontrés. La personne non formée en trouble de l'attachement pourrait interpréter cette affection envers un étranger comme étant positive, elle pourrait même dire que l'enfant est bien dans sa peau puisqu'il peut partager son affection avec les autres sans contrainte. Par contre, une travailleuse ou un travailleur social formé dans le domaine de l'attachement pourrait constater que l'enfant est peut être atteint d'un trouble de l'attachement. Une situation similaire pourrait se dérouler pour un enfant qui a été traumatisé à cause d'abus de la part de ses parents durant les premières années de sa vie. Il aura alors vécu des moments très stressants et traumatisants parce que les parents de cet enfant n'étaient pas disposés à le sécuriser. Donc, l'enfant trouve des moyens afin de surmonter ces événements. Cet enfant a appris que lorsque maman ou papa l'approche, il ne peut pas leur faire confiance puisqu'ils peuvent le blesser ou lui faire vivre d'autres situations d'abus additionnelles à celles qu'il a déjà vécues. Ainsi lorsqu'il vivait de l'abus, il avait peur alors qu'il avait besoin d'être sécurisé. L'enfant a donc appris à s'apaiser lui-même et à ne pas chercher d'affection de la part de ses parents. Dans un cas comme celui-ci, il arrive souvent qu'on observe des enfants qui se blessent, par exemple dans la cour de récréation, et qui ne pleurent pas, ni ne cherchent aucun adulte pour les apaiser.

La plupart des troubles de l'attachement peuvent être traités avec les bonnes approches et interventions, avec des personnes bien formées qui sont aptes à développer un plan d'intervention adéquat à la situation de l'enfant. Toutefois, il importe que les parents ou les personnes responsables de l'enfant soient impliqués

dans l'intervention afin de corriger le trouble de l'attachement que l'enfant a développé en lien avec les traumatismes vécus. Par contre, il n'est pas aussi facile de traiter le trouble réactionnel de l'attachement. En effet, toute la complexité qui l'entoure est très peu comprise, même par les chercheurs et chercheuses dans le domaine parce que sa source puise à des traumatismes complexes, sévères. Selon de DSM-IV, l'enfant aurait vécu des soins pathogènes prolongés, ce qui a causé en plus chez lui :

- a) un désintérêt persistant des besoins émotionnels de base de l'enfant pour le confort et l'alimentation;
- b) un désintérêt persistant des besoins physiques de base de l'enfant;
- c) des changements répétés du principal donneur de soins, ce qui empêche la formation d'attachement stable (par exemple, des changements fréquents de familles d'accueil (DSM-V5, 1994, p. 116).

Spratt (2000) discute les perturbations vécues par l'enfant en ces termes :

Le diagnostic des troubles réactionnels de l'attachement implique que les perturbations dans les relations précoces entre le parent et l'enfant ont donné naissance à une disposition générale à un dysfonctionnement social de l'enfant qui (a) persiste dans le temps, (b) est évident dans diverses circonstances, et (c) forme une constellation comportementale spécifique (p. 141).

Si on enlevait les traumatismes vécus chez les enfants atteints de troubles réactionnels de l'attachement, l'enfant ne serait pas aux prises avec ce trouble de l'attachement. Par contre, lorsqu'un trouble réactionnel de l'attachement est confirmé chez un enfant, on peut être convaincu que cet enfant a vécu des traumatismes complexes et persistants qui ont affecté son fonctionnement social, affectif et comportemental.

Contenu du mémoire

Tout au long de ce mémoire de recherche, nous explorerons d'une part, les troubles de l'attachement, et plus précisément les troubles réactionnels de l'attachement, ce type de trouble étant le plus difficile à traiter. Dans la pratique du service social dans les agences communautaires, les travailleuses et travailleurs sociaux se retrouvent souvent responsables de cas d'enfants ayant vécu des traumatismes complexes. Ces traumatismes sont variés en intensité et en sévérité, et ils requièrent des interventions différentes selon chacune des situations vécues par les enfants. Les enfants traumatisés sont souvent atteints d'un trouble de l'attachement, incluant le trouble réactionnel de l'attachement. Par conséquent, il est nécessaire pour les travailleuses et travailleurs sociaux d'être ouverts à la possibilité d'intervenir dans ces situations. Avoir la formation nécessaire pour traiter ces troubles de l'attachement et ces traumatismes est important et même critique au succès de ces enfants dans la société. Sans une connaissance approfondie des modèles d'intervention, les travailleuses et travailleurs sociaux peuvent nuire au bon développement de ces enfants et possiblement aggraver les symptômes. Donc, il est primordial que les traitements ayant des preuves scientifiques soient explorés davantage parce qu'elles et ils travaillent auprès de ces enfants.

Voici les questions de départ que nous nous sommes posées et qui ont orienté ce mémoire de recherche intégrative des écrits sur ces sujets :

- Existe-t-il des caractéristiques particulières chez les enfants aux prises avec des troubles de l'attachement, et plus particulièrement avec des troubles réactionnels de l'attachement ?
- Quelles sont les plus importantes formes de traitement des troubles de l'attachement, et plus précisément, des troubles réactionnels de l'attachement ?

- Pour les travailleuses et travailleurs sociaux, quelles sont les connaissances importantes à avoir sur les troubles de l'attachement vécus dans l'enfance, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de troubles réactionnels de l'attachement ?
- Existe-t-il des caractéristiques particulières chez les enfants traumatisés, et plus particulièrement chez les enfants ayant vécu des traumatismes sévères ?
- Quelles sont les plus importantes formes de traitement des traumatismes vécus dans l'enfance ?
- Pour les travailleuses et travailleurs sociaux, quelles sont les connaissances importantes à avoir sur les traumatismes vécus dans l'enfance, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de traumatismes sévères et leurs impacts ?
- Les modalités de traitement utilisées pour les enfants ayant vécu des traumatismes seraient-ils aussi efficaces pour traiter les enfants ayant un trouble de l'attachement, mais plus particulièrement un trouble réactionnel de l'attachement, afin d'en diminuer les effets néfastes ?
- Quels sont les défis rencontrés par les travailleuses et travailleurs sociaux en contexte d'intervention auprès de ces deux populations, et plus particulièrement dans le nord de l'Ontario ?

Suite à ces questions de départ, nous souhaitons, par ce mémoire, apporter quelques réponses qui pourraient éclaircir l'objet de recherche, c'est à dire, celui des troubles réactionnels de l'attachement et celui des traumatismes, ainsi que quelques-uns des défis psychosociaux en contexte d'intervention auprès des enfants. Toutefois, même si ce mémoire permet d'approfondir certaines connaissances théoriques et pratiques, mentionnons qu'il est impossible de couvrir tout l'ensemble de ces enjeux.

Ce mémoire de maîtrise en service social s'inscrit dans une démarche strictement théorique et porte sur une problématique liée au service social incluant des implications pour la pratique du service social. Il s'agit d'une exploration et d'une synthèse des travaux permettant de comprendre : 1) les expériences des enfants ayant vécu des traumatismes durant leur enfance, 2) les expériences des enfants ayant vécu des traumatismes et qui ont un diagnostic de trouble relationnel de l'attachement et,

3) les principaux modèles d'intervention afin de traiter ces enfants. Pour ce faire, nous regarderons les principaux écrits sur ces sujets afin de bien cerner les similarités et les différences entre les expériences vécues par ces deux groupes d'enfants tout en visant l'évolution des pratiques d'intervention en service social.

Ce mémoire est divisé en quatre chapitres. Le premier chapitre permet de camper l'approche méthodologique utilisée dans ce mémoire soit la recension intégrative des écrits et les étapes franchies. Le second chapitre aborde les troubles de l'attachement en mettant un accent particulier sur les troubles réactionnels de l'attachement, pour ensuite présenter les interventions pour ces derniers. Dans le troisième chapitre, il s'agit d'explorer les traumatismes vécus durant l'enfance. Nous définissons les traumatismes et en voyons quelques-unes des causes et des impacts et présentons les modèles d'intervention pour traiter les traumatismes et les troubles de l'attachement. Finalement, le chapitre quatre offre une discussion sur plusieurs aspects du mémoire, plus particulièrement, sur l'approche méthodologique et sur les barrières et défis auxquels font face les intervenantes et intervenants qui œuvrent dans les organismes de services sociaux et les institutions scolaires du nord de l'Ontario.

CHAPITRE I

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce chapitre présente l'approche méthodologique utilisée pour la réalisation de ce mémoire de recherche, soit la recension intégrative des écrits sur les traumatismes et les troubles réactionnels de l'attachement. La recension intégrative des écrits utilise différentes techniques afin de sélectionner les informations nécessaires sur un objet donné de recherche. C'est à partir de cette approche méthodologique que nous avons réalisé la synthèse des travaux puis l'analyse des documents retenus pour le mémoire. Cette approche permet d'exposer les problématiques communes ainsi que les éléments contradictoires présentés par les divers travaux dans le domaine. Même si une recension intégrative est une forme de synthèse, un résumé des problématiques communes aux questions de recherches, elle comporte aussi un aspect critique. (Trembley et Perrier, 2006. p.2)

Les concepts de traumatismes et de troubles réactionnels de l'attachement sont des sujets très complexes. Afin de bien cerner ces concepts, l'utilisation des modèles de recensions intégrative d'écrits, tels ceux décrits par Jackson (1989), Piolat (2002), Cannella (2004), et de Berkowitz et Eisenberg (1987) nous sont semblés les plus appropriés afin de réaliser cette étude.

1.1 Recension intégrative des écrits

Les recensions intégratives des écrits sont utilisées dans de nombreuses disciplines des sciences sociales. Toutefois, elles sont relativement absentes dans la littérature en service social. Pourtant, elles offrent l'occasion de consulter de larges corpus de recherches, afin de comprendre un phénomène (Jackson, 1989), de synthétiser les

connaissances sur un phénomène (Broome, 1993), et afin d’offrir une compréhension globale d’un phénomène particulier (Whittemore et Knafl, 2005).

Selon Berkowitz et Eisenberg (1987), il y a six compétences ou étapes essentielles au processus de recherche intégrative des écrits. Celles-ci sont soulignées ci-après. Toutefois, afin de faciliter la lecture des étapes poursuivies dans notre recherche, nous avons choisi de les regrouper.

Tableau 1 Étapes du processus de recherche intégrative selon Berkowitz et Eisenberg

Selon Berkowitz et Eisenberg (1987)	Étapes méthodologiques du mémoire
1. Définition de l’objectif : 1.1 Définissez le problème. 1.2 Identifiez l’information requise	Étape 1 Définition du problème de recherche
2. Stratégies de recherche d’information : 2.1 Déterminez toutes les sources possibles 2.2 Sélectionnez les meilleures sources	Étape 2 Recherche d’informations Repérage des sources d’informations Localisation des sources Extraction des informations pertinentes
3. Localisation et accès : 3.1 Localisez les sources. 3.2 Repérez l’information à l’intérieur des sources	
4. Utilisation de l’information : 4.1 Consultez (lisez, écoutez, regardez, touchez) 4.2 Extrayez les informations pertinentes	
5. Synthèse : 5.1 Combinez les informations venant de plusieurs sources 5.2 Présentez le résultat	Étape 3 Synthèse suivie d’une discussion
6. Évaluation : 6.1 Jugez le résultat (efficacité) 6.2 Jugez le processus (efficacité)	

Pour ce mémoire, le modèle de Berkowitz et Eisenberg (1987) a été utilisé, tout particulièrement afin de montrer les étapes franchies afin de proposer une synthèse des résultats des travaux recueillis. Dans les paragraphes qui suivent, on verra ce qu'ont comporté les tâches effectuées pour chacune des étapes afin de répondre aux besoins de la question générale et des questions spécifiques du mémoire. Les points énumérés ci-dessous forment les principaux repères utilisés pour cette recension intégrative des écrits et qui ont guidé la démarche.

1.1.1 Première étape définition du problème : choix de questions

La première étape étant la formulation du problème de recherche, voici une réitération des principales questions de recherche. Mentionnons qu'il s'agit d'une étape qui a fait l'objet d'une réflexion approfondie sur les concepts même si à cette étape, selon Cannella (2005), il y a lieu de ne pas faire d'intégration, d'organisation ou de synthèse des matériaux. Pour nous, il s'agit davantage d'explorer les concepts issus de diverses disciplines, dont plus particulièrement la psychologie et le service social.

- Pour les travailleuses et travailleurs sociaux, quelles sont les connaissances importantes à connaître sur les traumatismes vécus dans l'enfance et sur les troubles de l'attachement, et plus particulièrement sur les troubles réactionnels de l'attachement et leur impact ?
- Existe-t-il des caractéristiques particulières chez les enfants traumatisés et les enfants aux prises avec des troubles réactionnels de l'attachement ?
- Quelles sont les plus importantes formes de traitement des traumatismes vécus dans l'enfance et des troubles réactionnels de l'attachement ?
- Est-ce que les modes de traitement utilisés pour les enfants ayant vécu des traumatismes seraient efficaces pour traiter les enfants ayant un trouble de l'attachement relationnel afin d'en diminuer les effets néfastes ?

1.1.2 Seconde étape : stratégie de recherche d'information, méthode d'échantillonnage des travaux de recherche et localisation des travaux

Afin de recenser la plus grande quantité possible d'informations sur les concepts dont fait usage cette recherche, les principales bases de données informatiques en service social et en psychologie ont été mises à contribution. Le tableau 1 représente une courte description de l'ensemble des bases de données qui ont été utilisées.

Dans cette recherche, nous avons tenté de limiter la recension des documents aux vingt dernières années. Par ailleurs, la recension des travaux s'est effectuée dans deux seules langues, soit le français et l'anglais.

Tableau 2 Base de données recensée

Base de données	Présentation de la base de données
ÉRUDIT	Érudit est une base de données couvrant des disciplines des sciences humaines et sociales, ainsi que des sciences naturelles (périodiques, livres, thèses des principales universités québécoises et documents divers). Elle diffuse plus de 70 revues universitaires en texte intégral et propose l'accès à une vingtaine de périodiques français du portail Persée, une quinzaine de titres des Presses du CNRC (Canada).
PSYCARTICLES	Base de données, offrant accès à plus d'une soixantaine de revues publiées par l'APA (<i>American Psychological Association</i>) et de la Société canadienne de psychologie.
SOCIAL SERVICES ABSTRACT	Base de données offrant accès à plus de 1500 périodiques, la plupart en anglais, dans le domaine du service social et des disciplines connexes (bien-être social, développement communautaire, gérontologie, recherche évaluative, pauvreté, famille, etc.). Elle est produite par <i>Sociological Abstracts</i> et fournie par <i>Cambridge Scientific Abstracts</i> . Elle comprend un thésaurus et plusieurs autres index qui en facilitent la consultation.
SCIENCE DIRECT ELSEVIER	Base de données donnant accès au texte intégral de plus de 1700

	périodiques scientifiques dans les domaines des sciences humaines et sociales, des sciences pures et appliquées, et des sciences de la santé.
<i>SPRINGER LINK</i>	Base de données multidisciplinaire donnant accès à plus de 1250 périodiques académiques en texte intégral publié par Springer. La base contient également plusieurs monographies en texte intégral.
REPÈRE	Base de données multidisciplinaire qui fournit les références bibliographiques, le résumé, et parfois le texte intégral de plus de 600 périodiques, de langue française, publiés au Québec surtout, mais aussi ailleurs au Canada et en Europe.
CAIRN	Base de données européenne donnant accès à plus de 200 périodiques francophones de niveau universitaire dans le domaine des sciences humaines et sociales (texte intégral).
<i>DISSERTATIONS AND THESIS (PROQUEST)</i>	Base de données multidisciplinaire répertoriant des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat soutenues depuis 1861 (Europe et Amérique du nord).
<i>AMAZON</i>	<i>Amazon Web Services</i> fournit des services en lignes à d'autres sites internet ou applications clientes. <i>Amazon Web Services</i> fournit la possibilité de faire des achats de livres qui sont publiés mondialement.

Par ailleurs, la méthode traditionnelle de recherche a aussi été utilisée afin de vérifier les bibliographies des documents et ainsi de retracer d'autres écrits qui n'apparaissent pas nécessairement dans les bases de données.

1.1.2.1 Termes d'indexation

Les termes d'indexation sont des mots-clés que l'on privilégie afin d'amorcer une recension intégrative, de localiser les informations et de choisir celles qui sont les plus appropriées sur un objet de recherche. Selon Faraj, Godin, Missaoui, David et

Plante (2006), ce sont des termes simples (termes formés d'un seul mot) qui présentent les caractéristiques fréquentielles des mots dans une collection de documents et qui montrent des performances en rappel et en précision comparables aux méthodes manuelles. Les termes peuvent aussi présenter diverses combinaisons possibles qui mettent en lumière des aspects particuliers (Salton et Buckley, 1988). Ainsi, les termes composés permettent généralement de limiter l'ambiguïté des termes et d'augmenter la précision.

Les termes d'indexation et les mots-clés que nous avons privilégiés sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 3 Termes de l'indexation et combinaison des mots utilisés

Termes d'indexation francophone	Termes d'indexation anglophone
traumatismes	<i>traumas</i>
trouble réactionnel de l'attachement	<i>reactive attachment disorder</i>
théorie de l'attachement	<i>attachment theory</i>
proximité	<i>proximity</i>
base de sécurité	<i>security base</i>
situation étrange	<i>Strange situation</i>
relations conflictuelles	<i>conflicting relationships</i>
relation superficielle	<i>superficial relationships</i>

1.1.2.2 Critère de sélection des travaux

Selon Jackson, une bonne recension intégrative des écrits « doit explorer les raisons des différences et de déterminer ce que l'ensemble des recherches, prises comme un tout, révèle et ne révèle pas sur le sujet », et doit aussi assurer que toutes les informations pertinentes du domaine en question soient bien cernées (1989, p. 12.). De plus, il est important pour le critère de sélection des travaux de pouvoir bien cibler

ce qui est important à retenir dans les documents afin d'assurer une bonne cohésion. Le tableau suivant aborde les critères de sélection en ce qui touche le cadre conceptuel de la recherche et les questions de recherche.

Tableau 4 Critères de sélection : cadre conceptuel

Les publications scientifiques, les études empiriques, et/ou cliniques, ainsi que les écrits doivent minimalement traiter de l'un ou des concepts identifiés.

Ils doivent être publiés dans une revue scientifique (journal scientifique) ou encore dans une maison d'édition reconnue.

Ils doivent présenter des références à d'autres travaux scientifiques, citer les sources, et présenter une bibliographie.

Afin de bien cerner le sujet discuté au cours de ce mémoire, il fut important de faire la recension des écrits afin de ressortir les études qui étaient les plus conformes à l'objet de la recherche. À cette fin, les lectrices et les lecteurs verront, dans l'analyse subséquente, les recherches les plus pertinentes et critiques qui portent sur les traumatismes et les troubles de l'attachement.

Selon Jackson (1989) et Cannella (2005), il est préférable d'avoir autant d'études que possible afin de bien représenter le sujet. De plus, Cannella (2005) suggère que pour assurer une recension complète et précise des études, il faut aussi considérer non seulement les études trouvées dans les bases de données électroniques, livres ou autres études publiées, mais elle devrait aussi inclure les bibliographies de ces dernières afin de trouver les éléments qui pourraient manquer.

En bout de piste, ayant complété cette recension des études sur les traumatismes et le trouble réactionnel de l'attachement, on constate qu'il y a une pénurie de recherche portant, plus particulièrement, sur le trouble réactionnel de l'attachement et son traitement. Par contre, la recherche portant sur les troubles de l'attachement en général et de leurs traitements, est relativement nombreuse et accessible, ainsi que sur les traumatismes et leurs traitements.

1.1.3 Étapes subséquentes : analyse et discussion

Les étapes qui suivent l'élaboration du problème et des questions de recherche, ainsi que la recherche et le repérage des sources d'informations et leur localisation, sont celles de l'analyse et de l'interprétation des résultats qui sera suivie d'une discussion et de recommandations.

CHAPITRE II

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT

L'objectif de ce chapitre est de définir le trouble réactionnel de l'attachement, en faisant un survol des recherches et des travaux les plus importants à ce sujet.

2.1 Prévalence des troubles de l'attachement et des troubles réactionnels de l'attachement

L'attachement est un lien qu'un enfant développe pour la personne qui s'occupe de lui. Toutefois, plusieurs enfants n'ont pas la possibilité de créer un tel lien et, dans ces cas, plusieurs pourront développer des troubles de l'attachement. Mais quelles données peut-on colliger sur la prévalence des troubles de l'attachement dans la population ?

Selon Labbé (s. d., p. 4), dans la population en général, la prévalence de types d'attachement sécurisant (type B), serait de 55 %, celle de l'attachement insécurisant anxieux/évitant (type A) serait de 23 %, celle de l'attachement insécurisant désorganisé (type D) serait de 15 %, et celle de l'attachement insécurisant anxieux ambivalent (type C) serait de 15 %)². Par ailleurs, selon l'Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance (ACSAE, 2009), « 17, 876 enfants étaient pris en charge par les SAE de l'Ontario » (p. 4). « Sur les 17 876 enfants pris en charge, environ 9, 200 enfants et jeunes sont des pupilles de la Couronne, et les SAE en ont la garde à

² Nous reviendrons plus loin sur les définitions de cette typologie de l'attachement. Toujours selon Labbé, « le type d'attachement désorganisé (D) a été associé avec la sévérité des facteurs de risque social. On le retrouve en effet chez 28 % des enfants de familles à problèmes multiples, 54 % des enfants de mères gravement déprimées et pauvres et 82 % des enfants maltraités (sans date, p.4).

plein temps (p. 5). Les enfants qui sont pris en charge par les Sociétés de l'aide à l'enfance peuvent avoir vécu soit de l'abus, de la négligence ou de la maltraitance de la part de leurs parents ou d'un substitut, autrement, ils ont pu être témoins de violence conjugale, autrement ils n'auraient pas été appréhendés. En effet, selon l'ACSAE :

Les raisons pour l'admission des enfants sont consignées dans un important rapport sur les services de soins aux enfants en Ontario. Les raisons les plus fréquentes sont :

- la négligence, 63 %;
- les maux affectifs, 40 %;
- les maux psychologiques, 33 %;
- la violence familiale, 23 %;
- le comportement problématique de l'enfant, 21 %.

Il faut noter que pour la plupart des enfants, il existe plusieurs raisons à leur admission.

Le rapport consigne également les problèmes qui façonnent la vie des enfants pris en charge par l'État depuis leur naissance. Nombre de ces problèmes portent à croire que les enfants ont besoin d'autres services communautaires :

- la négligence, 70 %;
- le divorce ou séparation des parents, 50 %;
- la violence entre les parents, 44 %;
- l'abus de drogue ou d'alcool par la mère, 44 %;
- l'abus de drogue ou d'alcool par le père, 33 %;
- la misère, 26 %;
- la mère a de graves problèmes psychiatriques, 21 % (2009, p. 26).

Ces données montrent que les enfants sont admis sous les soins à cause des expériences vécues d'abus ou de négligence comme l'indique Burnside :

These children are admitted to care as a result of experiences of abuse and neglect or other adverse childhood experiences from which their parents did not protect them. Other children may come into care when their parents are unable to manage their care needs as a result of their challenging needs.

Children with complex needs may also still be living with their families, sometimes with the support of a child and family services agency, and other times managing on their own. But no matter where children are residing or who is providing for their care, their complex needs often require the involvement of services from other sectors: mental health, criminal justice, disability services, education and other specializations (Burnside, 2012, p. 11).

Il n'est pas surprenant de savoir qu'un grand nombre de ces enfants seront atteints d'un trouble de l'attachement quelconque, et qu'ils auront des symptômes de trouble de l'attachement combinés à des traumatismes complexes.

2.2 Théorie de l'attachement selon Bowlby

John Bowlby, psychanalyste et pédiatre anglais, a développé, dans les années 1950, les fondements de la théorie de l'attachement. Selon Beaufort et Hallet :

L'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce humaine en maintenant une proximité entre le nourrisson et sa mère, première figure d'attachement. Pour Bowlby, l'attachement débute durant la grossesse et les liens d'attachement s'établissent tout au long des trois premières années de la vie. Les liens d'attachement créés influenceront l'ensemble des relations sociales de l'enfant tout au long de sa vie (Beaufort et Hallet, 2003, p. 6, notre traduction).

Bowlby s'est inspiré de la « notion d'empreinte de Lorenz » (Ouellet, 2011; Bernard, 2008) qui étudiait à l'époque les oies cendrées. « Il a observé la tendance naturelle et précoce des oisillons nouveau-nés à suivre la mère partout et à s'y attacher » (Ouellet, 2011, p. 26). Dans cette étude, il confirme que l'oisillon s'attache au premier être vivant qui prend soin de lui. Bowlby, grâce à ces données, émet l'hypothèse, qui sera appuyée par ses recherches, que le bébé s'attache à son premier donneur de soins, généralement la mère, pour assurer sa sécurité et sa survie. Cet attachement devient la base de sécurité du bébé, celle qui lui permettant d'explorer son environnement.

Bowlby nomme la manière dont les adultes prennent soin de l'enfant, le « *caregiving* ». Le besoin du bébé de chercher la proximité d'une personne dès ses premiers instants de vie est indépendant de la qualité de la réponse qu'offre cette personne. En effet, peu importe la façon dont cette dernière répondra, celui-ci s'attachera à elle. Ainsi, pour Bowlby, l'attachement est un système de comportements qui s'active lorsque l'enfant se sent en danger parce que l'objet de son attachement s'éloigne de lui. Si l'enfant se sent insécurisé alors son système d'attachement se désactive. Selon Ouellet :

L'attachement est une construction qui s'opère au fil du temps, à travers un processus d'actions et de réactions, donc des allers-retours entre l'enfant et le donneur de soins. Progressivement, à travers cette communication commune s'installe une base de sécurité chez le bébé (Ouellet, 2011, p. 26).

Dans ce processus, selon Bowlby, la « sensibilité maternelle » joue un rôle important en ce qui concerne le décodage du besoin et la qualité de la réponse. Plus cette notion de sensibilité est présente, plus elle favorisera l'établissement d'une base de sécurité chez l'enfant. Il va sans dire que le rôle du père est également à considérer dans le développement de ce lien. La mère, à elle seule ne peut pas remplir toutes les fonctions du rôle parental.

Les relations interpersonnelles sont essentielles à notre survie comme humain. Selon Bowlby, la relation de base avec les parents ou les adultes dans la vie d'un enfant est importante à son bon développement socio-affectif. Sachant que les troubles de l'attachement proviennent d'un manquement de stabilité dans les relations entre l'adulte responsable pour l'enfant et l'enfant lui-même, ce sont ces relations primaires qui influenceront le bon déroulement sain ou malsain des autres relations dans la vie de l'enfant.

Par le fait même de la vulnérabilité de l'enfant, l'adulte responsable pour le bien-être de cet enfant doit s'apprêter à offrir un environnement stable et sécurisant pour l'épanouissement de ce dernier. Quand un bébé pleure, qu'il est en détresse parce qu'il a peur, ou qu'il a faim, il cherche un réconfort chez l'adulte responsable de lui. Si on répond à ce besoin, par exemple par une douce caresse ou un chuchotement apaisant pour soulager sa détresse, l'enfant se sentira en sécurité et se calmera. Il pourrait maintenir son calme jusqu'au prochain moment de détresse. Si le parent répond de façon constante et de façon rassurante, l'enfant apprendra qu'il est important pour ce parent, et la réciprocité de la relation se développera facilement.

Bowlby (1998) suggère qu'il y a deux conditions dangereuses pour l'enfant et le développement de ses liens d'attachement :

- les changements de l'environnement ou les changements internes qui menacent la survie quotidienne de l'enfant, et
- les conditions de séparation de la figure d'attachement même en l'absence de menace immédiate de l'environnement.

Bowlby (1998), reconnu comme le père du concept de l'attachement, suggère par l'entremise de ses recherches dans les pouponnières, que plus un bébé est éloigné de sa figure maternelle stable, et plus la période de temps de séparation s'allonge, plus il observe des troubles de réactions chez l'enfant, même après que l'enfant soit revenu auprès de sa mère. Ces troubles peuvent être des troubles de protestation, de désespoir et de détachement. Ces troubles peuvent être expliqués par le fait que le bébé, initialement bien en sécurité auprès de la figure maternelle, est maintenant enlevé pour une certaine période de temps plus ou moins longue, période pendant laquelle il reçoit plus ou moins ou aucune affection ou amour, il est en sorte privé de sécurité parce qu'il s'agit d'une personne substitut. Lors du retour auprès de sa mère l'enfant développe le sentiment qu'il ne peut plus lui faire confiance parce qu'il peut être

délaissé de nouveau. Bowlby conclut que la perte de la figure maternelle durant la petite enfance est un évènement déterminant dans l'établissement de la personnalité de l'enfant. Il étudie donc en profondeur l'importance, pour le bon développement de l'enfant, d'avoir accès à une relation saine, chaleureuse, intime et constante avec une figure maternelle ou une figure substitut, et que ces relations soient aussi satisfaisantes pour la mère ou la personne de substitut comme pour l'enfant. Cette réciprocité est cruciale à la croissance de l'enfant. Bowlby (1969) considère que la perte de la figure maternelle ou de la figure de substitut est le principal agent pathogène à l'enfant parce qu'il n'est plus en sécurité. Pour que l'enfant puisse s'épanouir, il ou elle doit avoir une base sécuritaire pour explorer le monde qui l'entoure. En ne trouvant pas près de lui la figure maternelle ou de figure de substitut, l'enfant se retrouve seul et incapable de franchir les étapes nécessaires à son bon développement. En d'autres mots, là où l'enfant est sécurisé par ses parents, il pourra s'aventurer et vivre des expériences importantes pour sa croissance (par exemple : s'aventurer pour faire ses premiers pas, apprendre à monter et descendre de son parc, conduire une bicyclette, nager, etc.). Si l'enfant ne réussit pas lors de ses premiers essais, les parents l'encourageront à recommencer, lui prêteront toute l'attention, le caresseront, etc., et avec ce soutien, ils le sécurisent. Par contre, lorsque l'enfant qui n'a pas de lien avec une figure maternelle ou de substitut franchira peut-être quelques nouvelles expériences mais s'il ressent de la peur, s'il se blesse, ou s'il est incapable de réussir, l'enfant ne fera pas d'autres tentatives, il abandonnera. Malheureusement, c'est ce qui cause souvent des troubles d'apprentissages, des troubles de motricité globale et fine et des troubles de comportement, puisque l'enfant n'a pas les outils nécessaires pour réussir. D'ailleurs, Bowlby base ses observations sur le schéma ci-après qui illustre bien le *Cercle de la sécurité et de la confiance* qui s'établit dans le processus d'attachement. En fait, ce cercle, mis au point par Cooper, Hoffman, Marvin et Powell (2000) et illustré ci-dessous (Figure 1), est une façon d'aborder les besoins d'attachement d'un enfant. Par ailleurs, lorsque le cercle de sécurité est interrompu, parce que la figure parentale ne répond pas aux besoins de l'enfant, alors

l'enfant pourra développer des troubles de l'attachement. Ce cercle montre l'importance de la figure maternelle ou de substitut pour le bon développement de l'enfant. L'attachement est représenté par les mains ouvertes de la personne en charge de l'enfant. L'enfant sécurisé peut explorer son milieu puisqu'il fait confiance que le parent sera là pour le protéger au besoin. Tous les enfants ont besoin d'une figure maternelle, paternelle ou de substitut pour les surveiller, pour les appuyer et pour s'amuser avec eux. Afin de bien développer un bon style d'attachement, les enfants doivent avoir un parent qui va les protéger, les réconforter, et qui eux-mêmes soient organisés au niveau de leurs émotions afin d'être un bon modèle d'attachement pour l'enfant.

Le diagramme du cercle de sécurité montre aussi la fluidité de l'interaction entre l'enfant et le parent. Par contre, il faut s'attendre à ce que la fluidité de ces interactions puisse être interrompue plusieurs fois durant une journée, même lorsque l'attachement est de qualité. Par exemple, lorsque le parent est occupé à prendre un appel téléphonique, il pourrait ne pas répondre aux besoins de l'enfant à ce moment-là. Durant ce temps, l'enfant peut se sentir frustré, il peut pleurer ou faire une crise de colère puisque le parent n'est pas présent à lui et qu'il aurait manqué le moment de sécuriser l'enfant. Le parent peut réparer ce manquement en revenant sur ce qui s'est passé et en valorisant les sentiments de l'enfant. Ce qui est le plus important, c'est le délai qui s'écoule entre le temps de la rupture et celui de la réparation. Si la réparation est faite avec amour, tendresse et compréhension, la dynamique entre les deux redevient sécurisante. La vie apporte ses ruptures, et avec les répétitions de ruptures et de réparations, l'enfant apprend que le parent sera toujours là pour lui. Par contre, si la fluidité des interactions est absente, si les parents ne prennent pas connaissance, ou n'accepte pas de réparer les ruptures, alors les troubles de l'attachement se développent puisque l'enfant ne peut pas faire confiance en son parent comme gardien de sa sécurité.

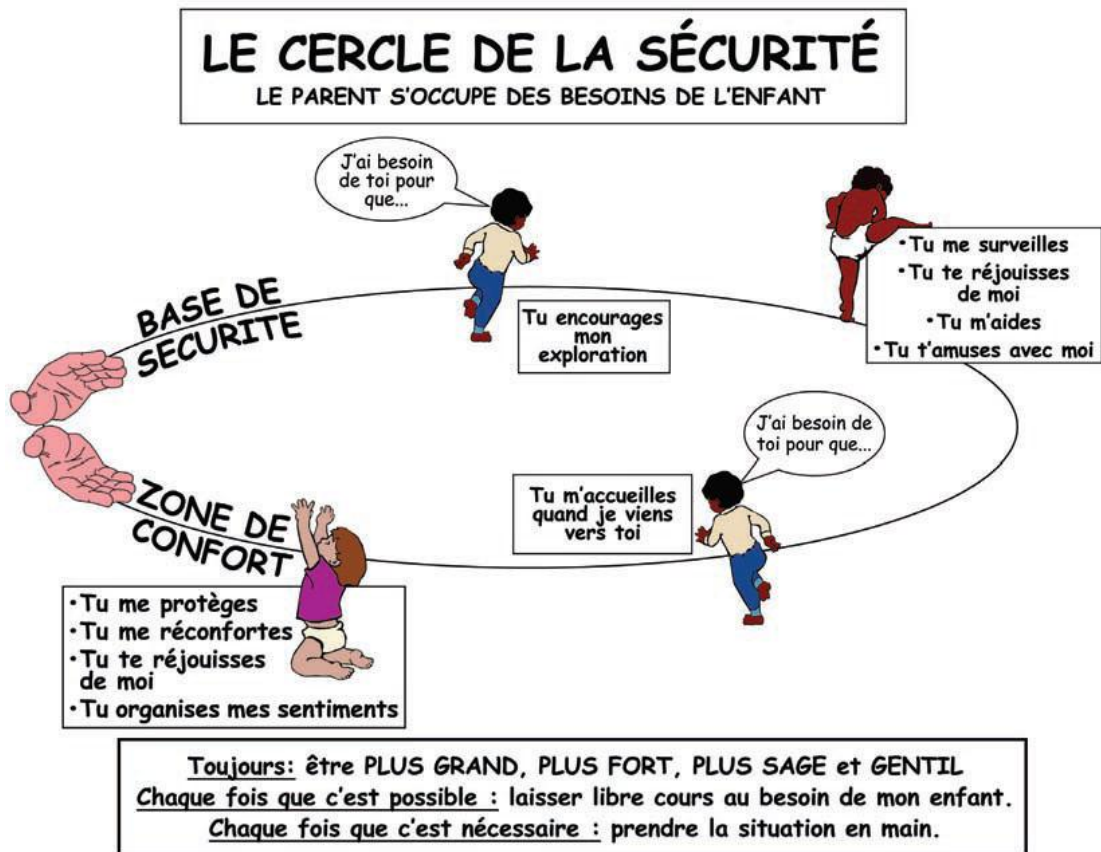


Figure 1 : Cercle de la sécurité, mis au point par Cooper, Hoffman, Marvin et Powell (2000)

Source : Saskatchewan Prevention Institute, 2007, p. 7.

2.3 Théorie de l'attachement selon Ainsworth

La théorie de l'attachement ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui sans les contributions des travaux de Mary Ainsworth, psychologue canadienne. En effet, c'est Mary Ainsworth qui va donner à la théorie de Bowlby un prolongement expérimental en se servant de moyens empiriques pour y arriver. Entre autres, elle fera à Kampala (Ouganda), une étude sur les bébés afin de préciser :

[...] les effets de la séparation et du sevrage : « la séparation est-elle en elle-même traumatique ou cela dépend-il de la carence relationnelle antérieure ? Son observation la convainc de la justesse des thèses de Bowlby sur le caractère primaire de l'attachement. Le livre *Infancy in Uganda* (publié seulement en 1967) est le premier à proposer un schéma de développement de l'attachement, en cinq phases, et c'est alors qu'elle propose le concept de base de sécurité (*Secure Base*).

Elle propose alors une situation standardisée en sept épisodes de séparation et de réunion, qui aura le succès que l'on sait, le plus grand sans doute en psychologie du développement (Psynem, s. d., a, s.p.).

Ainsworth développe « la situation étrange », qui permet de classer les comportements d'attachement d'un enfant. Il s'agit d'une méthode utilisée chez les jeunes enfants. La « situation étrange » est un examen et durant lequel l'enfant est confronté à des étrangers et il est séparé de son parent pendant quelques minutes et à son retour. Ainsworth suggère que le petit montant de stress que la séparation apporte à l'enfant est semblable à un stress que nous vivons tous de jours en jours, donc ce n'est pas un stress qui sera traumatisant à l'enfant. Une fois que l'enfant retourne à son parent, Ainsworth et son équipe observent la réaction du parent et de l'enfant afin de déterminer le type d'attachement. Les travaux d'Ainsworth, utilisant la « situation étrange » ont permis d'explorer, dans une situation structurée d'observation en laboratoire, des enfants de 12 à 18 mois qui répondent à deux situations de séparation et de réunion avec le parent. Suite à ces travaux, selon Hallet et Beaufort (2003), il existe trois modes d'attachement : l'attachement sécurisant (type B), l'attachement insécurisant de type anxieux/évitant (type A), et l'attachement insécurisant de type anxieux/ambivalent (type C) selon le degré de réciprocité, de sensibilité, de rapidité et de proximité à laquelle la figure maternelle répond aux signaux de détresse de son bébé. Main et Solomon (1990) ont complété cette typologie en y ajoutant le type désorganisé (D).

Les résultats de son expérience (celle d'Ainsworth) laissent percevoir trois catégories d'attachement :

- Sécure : le bébé manifeste, par des signes, qu'il ressent le départ de son parent au moment de la séparation et l'accueille chaleureusement quand il le retrouve mais ne focalise pas son attention sur lui et retourne jouer.
- Insécure-évitant : Le bébé ne montre pas de signe de ressenti par rapport au départ de son parent et quand le parent revient, l'enfant l'évite. Il focalise son attention sur l'environnement et ce de manière persistante.
- Insécure-résistant : L'enfant est préoccupé par le parent pendant la « Strange situation », il n'arrive pas à se calmer quand le parent revient, son attention est portée sur celui-ci.

En 1986, Marie Main et J. Solomon vont ajouter un quatrième type d'attachement à ceux établis par Marie Ainsworth, il s'agit de l'attachement « Désorganisé-désorienté » qui se retrouve quand les parents sont effrayés ou quand ils ont des comportements effrayants avec leur enfant. L'enfant se retrouve alors dans une situation paradoxale, puisque ce qui doit être sécurisant va causer la crainte (Psysem, s.d., b, s.p.).

Un enfant bien sécurisé et un parent sécurisant se marient bien dans leurs actions l'un avec et envers l'autre. C'est-à-dire que l'enfant qui est aimé, reçoit de la douceur, de l'affection et de l'amour sans condition de son parent, et ses besoins de base sont atteints avec empathie. Le résultat en celui d'un enfant qui peut faire confiance à son parent car il le garde en sécurité, et par ce, le parent recevra en retour l'amour de son enfant. Par contre, si on examine le style d'attachement anxieux et préoccupé, l'enfant est moins à la recherche de son parent pour le réconfort. L'enfant est un enfant plutôt nerveux et agité qui réagit fortement à la réciprocité des relations entre lui et son parent. De même, l'enfant atteint d'un trouble de l'attachement évitant, aussi n'est pas chaleureux, ni accueillant du parent, et fait le miroir de ce qu'il a vécu du parent comme base de relation.

C'est Mary Ainsworth, par l'entremise de ses recherches portant sur l'attachement, qui s'est aperçu qu'il y avait d'autres comportements qui surgissaient, mais qui ne pouvait pas être catégorisés comme étant évitant ou sécurisant :

Cette désorganisation du comportement se traduira par des mouvements incohérents, des regards appréhensifs ou complètement apeurés, des tics ou encore des moments de sidération où l'enfant semble complètement figé. Certains peuvent se frapper la tête, se rouler par terre ou même se mutiler. Mary Main a donné à ce type d'attachement le nom de désorganisé désorienté. (Jeliu, 2004, p. 85).

Mais, si un enfant ayant un attachement insécurisant est aimé, encadré, si ses besoins de base sont fournis de façon constante et prévisible, l'enfant peut développer un attachement sécurisant avec cet adulte. Voici un exemple tiré de ma pratique.

TJ est appréhendé par la Société de l'aide à l'enfance à l'âge de 24 mois après avoir été victime de négligence sévère, avoir été témoin de violence conjugale, et avoir été victime d'abus physiques perpétrés par ses parents biologiques. Il est alors placé dans un foyer d'accueil et ses comportements sont hors de contrôle. Il ne semble pas avoir développé aucun attachement à une figure parentale. Il frappe, mord, brise des objets, crie pendant des heures et des heures... Les parents nourriciers ne peuvent pas trouver des solutions à ses comportements. Ils essaient des systèmes de renforcement, ils essaient des systèmes de conséquences. Rien ne semble fonctionner. Ils impliquent le pédiatre qui décide qu'il serait mieux facile à gérer s'il était médicalement.

À l'âge de deux ans, il fait une surdose de médicaments antipsychotiques. Certes, il est plus calme, mais il peut aussi faire des crises spontanées de rage qui peuvent souvent durer durant toute une journée. Il semble que ce soit lié aux effets secondaires du médicament.

Les parents nourriciers sont au bout du rouleau, ils ne sont plus capables de lui offrir un foyer puisqu'il est trop difficile à contrôler. Le pédiatre pose alors un diagnostic de trouble de l'attachement désorganisé. De plus, il suggère que l'enfant ne sera jamais adoptable et qu'il finira dans un foyer thérapeutique, hors de la ville, à cause de ses comportements tellement hors de contrôle.

À l'âge de trois ans, une famille adoptive s'intéresse à TJ et il déménage dans cette famille après une courte transition. L'intervenante est maintenant impliquée dans le dossier et elle suggère à la mère adoptive de prendre une approche empathique avec TJ.

Les premiers mois sont un enfer pour l'enfant et la nouvelle famille. Les comportements se sont aggravés, et c'est de plus en plus difficile pour tous. Pourtant, la mère adoptive ne lâche pas prise. Elle chante pour lui, elle est douce et affectueuse avec lui, même lorsqu'il la rejette. Elle le console en lui disant qu'elle sera toujours proche de lui et lorsqu'il est prêt, elle le prendra dans ses bras. Après maintes crises, des mois de bris d'objets à la maison, des larmes, des cris, des pleurs, TJ commence à s'approcher de sa mère adoptive. Il le fait petit à petit, il se laisse mettre de la crème sur les pieds ou se laisser frotter le dos. Il continue ses crises, mais petit à petit, les crises diminuent.

Après quelques mois, il brise la fenêtre de la voiture de sa mère adoptive et crie « Alors maintenant tu vas me renvoyer ? ». La mère adoptive est ferme avec TJ et elle lui dit que non elle ne renverra pas, qu'il est son fils et qu'elle va toujours l'aimer peu importe ce qu'il fait. Par contre, elle lui fait aussi comprendre qu'il y a des conséquences à ses choix...

TJ rejette encore souvent la mère adoptive et nourricière. Mais avec beaucoup de répétitions, les besoins de base ont été atteints avec constance, elle lui a offert un amour quasi inconditionnel. TJ s'adapte à sa nouvelle vie. Le diagnostic de trouble de l'attachement désorganisé n'est plus là... Après une année de soins, il s'attache à sa mère adoptive.

Il va sans dire que TJ souffre encore des moments insécurisants, mais il ne démontre plus de comportements aussi destructeurs qu'auparavant.

Cet exemple montre qu'à l'aide de soutien, un enfant peut améliorer son bien-être et le diagnostic peut changer. Toutefois cela demande beaucoup d'énergies, de patience et d'endurance pour la famille. Par ailleurs, un point intéressant qu'apporte Ouelett (2011), c'est que même si l'on a fait de la recherche sur la théorie de l'attachement, comme par exemple Bowlby(1969), Ainsworth(1969) et Crittenden (2005), il existe toujours une lacune, un écart important dans la formation des professionnelles et professionnels de l'intervention de plusieurs disciplines lors de leurs études collégiales ou universitaires afin d'intervenir dans de telles situations.

On reconnaîtra qu'entre une introduction à cette théorie, dispensée à l'intérieur d'un cours de 45 heures, sur la nature et les applications cliniques de cette même théorie, il y a un écart qualitatif important au plan de la formation. Les résidents en psychiatrie sont à peine sensibilisés à cette notion d'attachement alors que, pour ceux en pédiatrie, cette notion théorique n'est pas présente dans leur cursus. Dans le cas des juges et des avocats, il y a absence complète de sensibilisation à ce thème dans le cadre d'une formation universitaire de base en droit. Bref, la formation universitaire, des divers professionnels de même que celle des futurs praticiens en regard de la théorie de l'attachement, est insuffisante (Vachon, 2004, p. 43).

Plus tard, Mary Ainsworth développa une façon de mesurer comment un enfant s'attache à ses parents en utilisant une base de sécurité comme mesure. Chaque catégorie d'attachement examine la relation d'interdépendance entre l'enfant et le parent en lien avec le niveau de sécurité donné par les parents. Un enfant développe un attachement sécurisant lorsque les parents sont vigilants à répondre à ses besoins tout en étant empathiques envers ceux-ci. Les parents d'un enfant sécurisé rassurent l'enfant lorsqu'il a peur, le baignent d'affection régulièrement et sont synchronisés aux besoins de l'enfant. Par conséquent, l'enfant sécurisé peut explorer son monde indépendamment de ses parents, puisqu'il reconnaît que ses parents seront là pour le protéger. L'enfant a confiance que ses parents seront présents de façon constante.

2.3.1 Profils d'attachement

Chaque être humain cherche à s'attacher, et pour ce faire, doit avec une base de sécurité.

On entend par attachement un lien émotionnel durable unissant une personne à une autre. Le lien est manifesté par divers efforts visant à obtenir un contact et de la proximité avec une figure d'attachement, particulièrement dans les moments de stress (détresse émotionnelle ou physique ou maladie (Gough et Perlman, 2006, p. 1).

L'attachement a pour fonction de garantir la sécurité de la personne, et donne à la personne une possibilité d'explorer son environnement afin de s'épanouir comme individu. D'un côté, si les besoins de base de la personne sont atteints de façon prévisible et constante, la personne peut intérioriser cette sécurité et la manifeste par la suite par ses relations avec les autres personnes avec qui elle entre en relation. De l'autre côté, si les besoins de base ne sont atteints, que les soins ne sont pas prévisibles, qu'ils sont inconstants, l'enfant ne peut pas intérioriser le sentiment de sécurité et donc devient méfiant devant toutes les personnes avec qui elle entre en relation.

Il y a cinq types de profils d'attachement que ce mémoire explore; l'attachement sécurisant, l'attachement non sécurisant-évitant, l'attachement non sécurisant-ambivalent, l'attachement non sécurisant désorganisé, et finalement le trouble réactionnel de l'attachement.

2.3.1.1 Attachement sécurisant

Un enfant jouissant d'un lien d'attachement sécurisant se sert du parent comme d'une base sécurisante qui lui permet d'explorer, tout en vérifiant sa présence. L'enfant peut vivre la séparation avec un degré de détresse minime ou léger, mais accueille le parent positivement lors de son retour et recommence rapidement à jouer. L'enfant cherche la proximité et le contact avec le parent, soit directement, soit indirectement (Gough et Perlman, 2006, p. 2).

Selon Hallet et Beaufort (2003), afin d'assurer un bon développement chez l'enfant, il a besoin d'avoir accès à une figure maternelle ou parentale ou de substitut qui l'encouragera à explorer son environnement. Il s'agit d'une personne à qui il peut se rattacher lorsqu'il ne se sent pas en sécurité. Lorsqu'un enfant est sécurisé, c'est-à-dire lorsque l'enfant ressent de son parent qu'il est protégé et aimé et que le parent est disponible pour répondre à ses besoins de base, l'enfant développera le sens de son

importance et un sentiment de confiance. Ainsi, son modèle interne opérant est celui d'un modèle sécurisant. D'ailleurs, les mères des enfants sécurisés (environ 65 % des enfants), sont des mères tendres, attentives, et présentes. En ayant une personne à qui l'enfant peut faire confiance, l'enfant pourra explorer son environnement, développer d'autres relations saines et sécurisantes.

Par contre, quand le parent n'est pas constant, ni disposé à répondre aux besoins de l'enfant, celui-ci développera un sens d'attachement non sécurisant ambivalent anxieux ou hostile (environ 20 % des enfants). Cette ambivalence ou anxiété se manifeste lorsque les parents ne répondent pas suffisamment aux besoins de l'enfant. Ce qui fait en sorte que l'enfant cherche à se faire aimer et se faire réconforter par ses parents en démontrant de l'anxiété lorsque les parents s'éloignent de lui, par contre, ne démontre aucun signe de réconfort lorsque les parents reviennent près de lui (Hallet et Beaufort, 2003, p. 14). L'enfant qui ne sait jamais si les adultes seront disponibles pour répondre à ses besoins crée un attachement de méfiance envers les adultes présents. En plus de l'anxiété, l'enfant évite d'explorer son monde extérieur, car il ne veut pas quitter ses parents. Donc, il ne peut pas bien développer son sens d'indépendance (Hallet et Beaufort, 2003, p.14).

2.3.1.2 Attachement non sécurisant évitant et ou ambivalent

Un enfant dont l'attachement est non sécurisant – évitant s'intéresse peu au parent et donne l'impression d'être autonome. L'enfant explore avec beaucoup de hâte, mais ne se sert pas du parent comme base sécurisante. L'enfant semble indifférent au départ du parent et l'ignore ou l'évite à son retour (Gough et Perlman, 2006, p. 2)

Dans le cas de l'attachement non sécurisant (environ 15 % des enfants), évitent les parents car ils rejettent l'enfant et ne sont pas attentifs à ces besoins. L'enfant apprend rapidement que ses parents ne répondront pas à ses besoins, donc il apprend à nier ses propres besoins et évite d'interagir avec les parents afin de se protéger contre le rejet.

Le nourrisson démontre peu ou pas d'émotions et semble être indépendant, mais en réalité, ce n'est qu'un mécanisme de protection contre le rejet constant des parents.

2.3.1.3 Attachement non sécurisant désorganisé ou désorienté

Un enfant dont l'attachement est désorganisé/désorienté n'a pas de stratégie claire pour réagir au parent. L'enfant peut sembler confus et éviter l'approche du parent ou y résister, rester immobile ou adopter un air hébété. L'attachement désorganisé est associé aux mauvais traitements et peut surgir lorsque l'enfant perçoit la figure d'attachement comme étant une source de crainte (Gough et Perlman, 2006, p. 2).

Lors d'un attachement non sécurisant désorganisé ou désorienté, l'enfant peut démontrer soit un côté d'ambivalence et/ou d'évitement et/ou une combinaison des deux. Ce type d'attachement indique généralement que l'enfant a été victime d'abus sévère. Souvent la mère, ou la figure de substitut, est très abusive et négligente envers l'enfant. Pour l'enfant, la voie de la violence qui lui est imposée fait naître une grande frayeur et entraîne la désorganisation, « du fait que l'enfant n'arrive pas à supporter le paradoxe d'une figure d'attachement pouvant à la fois être protectrice et violente » (Marinus, et collab., 2010, s.p.). Par ailleurs, ce type de parent est celui qui n'a pas résolu les abus vécus dans son passé et il transfère sa propre désorganisation d'émotions chez son enfant. L'enfant paraît souvent hyper vigilant et semble parfois désorienté. C'est aussi un enfant qui démontre une grande confusion face à la relation avec ses parents puisqu'il ne sait pas s'il devrait se méfier de l'environnement dangereux ou s'il devrait se méfier de ses parents.

Chez l'enfant victime de négligence et de violence, l'attachement est associé à la perte et à la douleur. Pour se protéger de la douleur, l'enfant développera des stratégies pour résister à l'attachement. Le fait de résister à l'attachement entraînera de nombreux problèmes (Gough et Perlman, 2006, p. 1).

Chaque mode d'attachement crée chez l'enfant un modèle de fonctionnement interne (MFI). Ce modèle contrôle les perceptions de soi, ainsi que les rôles que joueront les parents. Ce modèle affecte la façon dont l'enfant perçoit son monde, comment il interprète des événements et comment il emmagasine l'information dans sa mémoire et dans des situations sociales. Ils sont encodés dans la mémoire procédurale de l'enfant et sont donc préverbaux (Orlans, et collab., 2014). Du fait que le modèle de fonctionnement interne est tellement ancré chez l'enfant, la tâche de modifier les pensées négatives s'avère très difficile.

2.4 Trouble réactionnel de l'attachement

Les enfants à risque de développer un trouble réactionnel de l'attachement sont souvent ceux qui sont demeurés dans des institutions et/ou dans plusieurs foyers nourriciers ou qui ont souvent vécu des traumatismes chroniques et sévères de la part de leurs soignants primaires. L'âge typique où le trouble réactionnel de l'attachement se manifeste est généralement chez les enfants de cinq ans ou moins.

Le trouble réactionnel de l'attachement est un diagnostic relativement nouveau, qui est apparu dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) vers les années 1980. Par contre, depuis cette première édition, la définition du trouble relationnel de l'attachement a beaucoup évoluée. Par ailleurs, le trouble réactionnel de l'attachement est le premier des diagnostics pour enfants qui se retrouve maintenant dans le DSM-5, qui est considéré comme étant un trouble de l'attachement.

La définition du trouble réactionnel de l'attachement est très vaste d'après la recension des écrits effectuée. Afin de bien diagnostiquer un trouble réactionnel de l'attachement, on doit prendre en considération la façon dont l'enfant interagit avec

son environnement social. Lorsqu'on examine la définition d'un trouble réactionnel de l'attachement, tel que décrite dans le DSM-5, on comprend la complexité de ce désordre.

Reactive attachment disorder of infancy or early childhood (RAD) was introduced as a psychiatric condition in DSM-III in 1980 (American Psychiatric Association; APA). Students who have this condition, which is associated with experiencing severe social neglect during early development (i.e., before the age of 5), have significant difficulties with social relationships. DSM-III-TR (APA, 1987) divided RAD into two subtypes – inhibited and disinhibited. Youngsters who had the first subtype were described as displaying internalizing behaviors such as fear, avoidance, and withdrawal whereas youngsters who had the second type were described as displaying externalizing behaviors such as indiscriminate, superficial sociability. The criteria for RAD were relatively unchanged in DSM-IV (APA, 1994; 2000), but DSM-5 (APA, 2013) now has divided RAD into two separate and distinct conditions, reactive attachment disorder (RAD) and disinhibited social engagement syndrome (DSED). Despite the significant changes in DSM-5 regarding what was known previously as reactive attachment disorder of infancy or early childhood (RAD), there remains consistency regarding the prevalence of these disorders. The different editions of DSM consistently have described these disorders as rare and have suggested that they are more often seen in those who have been reared in deprived, institutional settings. DSM-5 (APA, 2013) notes that fewer than 10% of children who have been severely neglected develop RAD, and about 20% develop DSED (Leveille, s.d., s.p.).

Par contre, il faut noter le peu de changements qui furent rajoutés à la définition du trouble réactionnel de l'attachement entre le DSM-4 et le DSM-5. Ainsi, avant lorsqu'on voulait avoir des informations sur les troubles de l'attachement dans le DSM-4, ils étaient sous l'appellation des Troubles 1^{ière} ou 2^{ième} de l'enfance ou de l'adolescence. Dans le DSM-5, ils sont sous l'appellation des troubles liés aux traumatismes et au stress. Par ailleurs, les troubles de l'attachement étaient auparavant définis comme étant les troubles de type inhibé et de type désinhibé alors que dans le DSM-5, ils sont maintenant nommés comme étant respectivement les troubles réactionnel de l'attachement et les troubles de l'engagement social (Tableau 5). Ces deux troubles sont une conséquence de négligence sociale ou de

d'autres situations qui limitent la capacité d'un enfant à former des liens sélectifs d'attachement.

Tableau 5 Changements apportés au DSM

DSM IV	DSM V
Troubles 1 ^{ière} ou 2 ^{ème} de l'enfance ou de l'adolescence	Troubles liés aux traumatismes et au stress
<i>Autres troubles</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Anxiété de séparation, mutisme sélectif, trouble de l'attachement, mouvements stéréotypés, troubles Non-spécifiques 	Trouble réactionnel de l'attachement, trouble de l'engagement social désinhibé
TROUBLE DE L'ATTACHEMENT	TROUBLE DE L'ATTACHEMENT
<ul style="list-style-type: none"> Type inhibé [émotionnellement retiré] 	<ul style="list-style-type: none"> Trouble réactionnel [réactif] de l'attachement
<ul style="list-style-type: none"> Type désinhibé [sans discrimination sociale] 	<ul style="list-style-type: none"> Trouble de l'engagement social désinhibé

Source : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est, 2013, p. 100.

Plus avant, nous avons mentionné que le taux de probabilité d'un trouble réactionnel type inhibé est de 10 % dans la population des enfants négligés. Par ailleurs, le trouble réactionnel de l'attachement comprend deux définitions. Celle des personnes atteintes de trouble réactionnel de l'attachement de type inhibé et le trouble de l'attachement de type désinhibé ou sans discrimination sociale (DSM-4). Le type inhibé est caractérisé par l'incapacité de répondre correctement aux interactions sociales et il manifeste une excessivité d'hyper vigilance, ou d'ambivalence (Spratt, 2010). Le type désinhibé se manifeste par une sociabilité indiscriminée avec une grande difficulté à démontrer des attachements appropriés et dans des attachements sélectifs (Spratt, 2010). Toutefois, selon le DSM-5, le trouble réactionnel de

l'attachement a des critères diagnostiques spécifiques qui doivent être présents, ceux-ci sont :

L'enfant ne recherche presque jamais ou recherche très minimalement du réconfort lorsqu'il est en détresse. L'enfant ne répond pas au réconfort prodigué lorsqu'il est en détresse.

De plus, il doit présenter au moins deux des trois critères suivants :

- Réactivité sociale et émotionnelle et autres minimales.
- Peu d'affects positifs.
- Épisodes de peurs, d'irritabilité ou de tristesse inexplicables observés lors d'interactions non menaçantes avec des adultes significatifs pour l'enfant.

L'enfant doit avoir subi des expériences extrêmes de soins insuffisants possédant l'un des critères suivants :

- Négligence sociale prenant la forme d'un manque persistant de soins provenant d'un adulte afin de satisfaire les besoins de base d'un enfant pour ses besoins émotionnels de réconfort, de stimulation et d'affection.
- Changements répétés de la personne prodiguant principalement les soins à l'enfant (ex. : changements fréquents de famille d'accueil), l'empêchant de former un attachement stable.
- L'enfant grandit dans un milieu inhabituel qui limite sévèrement ses possibilités de former une relation d'attachement privilégiée avec un soignant (ex. : orphelinat avec un ratio élevé d'enfants-soignants).

On présume donc que ce sont ces expériences de soins extrêmement inadéquates et insuffisantes qui sont responsables des comportements perturbés.

L'enfant ne doit pas répondre aux critères pour un trouble du spectre autistique. Les perturbations doivent être présentes avant l'âge de 5 ans. L'enfant doit avoir un niveau d'âge développemental d'au moins 9 mois et le trouble doit être présent depuis plus de 12 mois (Hôpital Rivière-des Prairies, 2013, s.p.).

Selon Spratt (2010) et Hughes (2004 et 2014), voici certaines caractéristiques d'un enfant ayant le diagnostic d'un trouble réactionnel de l'attachement :

- il est charmeur superficiellement ;
- il démontre de la difficulté à recevoir et à donner l'amour ;
- il est défiant et argumentatif ;
- il est émotionnellement vide ;
- il se frustre et se fâche très facilement ;
- il est colérique et rageur ;
- il ne pleure pas pendant des moments tristes ;
- il résiste à se faire toucher ou à toucher les autres ;
- on ne peut pas lui faire confiance ;
- il menteur pathologique ;
- il ne démontre aucune conscience ;
- il ne démontre pas de remords de conscience ;
- il a peu de contacts des yeux ;
- il est destructeur de propriété ;
- il est cruel envers les animaux ;
- il fait des vols ;
- il n'a pas de pensée critique de cause et effet ;
- il est impulsif, etc.

Lorsque j'étais intervenante en milieu communautaire, il m'est souvent arrivée de rencontrer des jeunes enfants ayant vécu des traumatismes inimaginables, qui souffraient aussi de troubles de l'attachement, quelques-uns de ces enfants étaient atteints de troubles réactionnels de l'attachement. La plupart de ces enfants étaient pris en charge par la Société de l'aide à l'enfance. Ils avaient été appréhendés par la Société et ils avaient souvent été déplacés de foyer en foyer à cause de leurs comportements et de leurs difficultés de santé mentale. Malheureusement, ni les parents nourriciers, ni les travailleuses ou travailleurs de la Société n'étaient outillés pour répondre aux besoins de ces enfants. D'ailleurs, moi non plus je n'étais pas outillée pour intervenir adéquatement et offrir des solutions pratiques pour le traitement de ces enfants. Ce n'était pas non plus prioritaire pour les agences communautaires d'offrir des formations qui portaient sur ce type de problématique. Donc, ces enfants n'étaient pas traités pour leurs troubles de l'attachement. Plutôt, des

solutions à temps limité étaient suggérées afin d'apaiser les parents nourriciers qui étaient débordés par les comportements dévastateurs des enfants. Certains de ces comportements pouvaient être classés comme étant des troubles de l'attachement, et d'autres en dehors des classifications déjà préétablies.

Suite aux travaux de Bowlby, d'Ainsworth et de Main et Solomon, Patricia Crittenden a développé ses propres recherches sur les troubles de l'attachement. (2008). Crittenden a aussi développé une nouvelle approche qui marie les approches de Bowlby et d'Ainsworth en prenant l'approche d'objectiver les comportements d'attachement des enfants afin de mieux les classer. Il s'agit de l'approche dynamique maturationnelle.

2.4.1. Approche dynamique maturationnelle de Patricia Crittenden sur l'attachement

Selon Crittenden, une nouvelle catégorie d'attachement désorganisé a été développée afin d'élargir la notion déjà préétabli par Bowlby; celle de la notion de danger. Crittenden suggère, après maintes sessions d'observations, que les enfants qui font face à des dangers peuvent devenir désorganisés dans leurs pensées et dans leurs émotions (Ouellet, 2011). Cette désorganisation d'émotions doit être équilibrée afin de pouvoir survivre aux dangers. Selon Crittenden, c'est cette désorganisation qui « devient alors un système complexe de comportements organisés pour survivre dans le monde dans lequel nous vivons » (Ouelett, 2011, p. 32).

La théorie de la maturation de Bowlby suggère que l'enfant évolue d'une façon qui fait le miroir entre son comportement et sa maturation neurologique. Revenons à l'exemple de Sébastien afin de la montrer.

Son niveau de maturation neurologique n'est pas à son niveau d'âge chronologique. Sébastien fonctionne au niveau de la maturation neurologique d'un enfant d'environ deux à trois ans, en dépit de son âge chronologique de dix ans.

Donc, lorsque Sébastien fait face à une situation de danger (perte de privilège, perte d'amour de sa famille, ou même le toucher de quelqu'un d'inconnu), Sébastien réagit au niveau de son âge neurologique, et alors il frappe, il crie, il pleure, et il devient incontrôlable, il agit comme le ferait un enfant de deux à trois ans lorsqu'il n'a pas ce qu'il veut, lorsque ses besoins ne sont pas assouvis.

Il n'est donc pas surprenant que Sébastien n'ait pas pu mettre en place des stratégies de traitements cognitivo-comportementales puisque son niveau de maturation neurologique n'était pas assez développé pour capter la complexité des traitements. En effet, ce type d'intervention le rendit encore plus en détresse et a créé une augmentation de ses comportements puisqu'il se sentait en danger.

De plus, Crittenden suggère qu' « étant donné que toute information a un effet sensoriel sur le cerveau par l'entremise des synapses, l'information augmente avec la croissance du cerveau. Une stimulation des sens active le système neurologique du cerveau causant des réactions à l'information acquise » (Ouelett. 2011. p. 33).

Ce qui est fort intéressant à propos du concept de maturation du cerveau, c'est que Sébastien, à la demande de son psychiatre, a subi une imagerie par résonance magnétique de son cerveau à l'âge de neuf ans, et les trouvailles étaient incroyables.

Son amygdale, responsable pour l'autorégulation des émotions, pour la rage, la colère et les émotions était sévèrement atrophiée.

Cette perte de maturation et de développement de son cerveau, à cause de négligence et de traumatismes sévères avant l'âge de quatre ans, ne peut, selon toutes probabilités, être guérie.

Afin de survivre, l'enfant a besoin d'informations pour prédire ce qui se produira. Les seules informations disponibles sont celles des événements passés. Si cette information du passé est distordue, l'enfant ne peut pas prédire son comportement (Ouelett, 2011).

Ainsi, Sébastien n'a qu'une façon de voir sa vie, cette vie est telle qu'elle était avant son arrivée au Canada. Donc, il n'est pas surprenant qu'il se soit pas approprié les cinq types de traitements de l'information que suggère Crittenden (2008) : prédictive, omise (omets l'information), distordue (voit juste un côté, clivage), erronée et falsifiée.

C'est un cycle vicieux, puisque Sébastien vit sa vie dans un monde où il ne fait pas confiance à personne. Il utilise ses propres mécanismes comportementaux pour survivre aux années de traumatismes vécus avant l'âge de quatre ans, dans une période où il n'avait même pas de vocabulaire pour décrire les événements perturbateurs.

Contrairement à ce que Crittenden (2008) suggère pour le traitement de cette distorsion, soit le traitement de la thérapie cognitive, Crisci (2014) suggère une thérapie plutôt axée sur les cinq sens. Ce modèle d'intervention est basé sur le fait que l'enfant ne peut pas toujours accéder aux mots qui lui sont nécessaires pour décrire les traumatismes vécus, alors par l'entremise des sens : le toucher, le goût, l'ouïe, la vue et l'odorat, l'enfant peut mieux explorer son vécu d'une façon moins intrusive. Nous y reviendrons plus loin dans le texte.

CHAPITRE III

TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS

Ce chapitre traite des traumatismes vécus chez les enfants. D'abord, on définit les traumatismes puis regardons les liens entre les traumatismes et les troubles de l'attachement durant l'enfance. Nous voyons ensuite les types de traumatismes vécus au sein de la famille et leurs effets durant la période de l'enfance. Le chapitre se termine par une présentation des principaux modèles d'intervention utilisés pour traiter à la fois les traumatismes et les troubles de l'attachement chez les enfants.

3.1 Définitions des traumatismes

Selon AdoptOntario, « Le terme traumatisme se définit par une blessure ou par un choc émotionnel qui nuit substantiellement et durablement au développement psychologique de la personne » (2013, s.p.). Par ailleurs, Greenwald (2005) le définit comme étant un événement menaçant pour une personne :

[...] an event should be subjectively perceived as threatening to a person's life or physical integrity, and should include a sense of helplessness along with fear, horror, or disgust. Such events might include being in a car accident, house fire, or natural disaster; being raped, or being assaulted (p. 3).

Brillon considère un événement traumatique lorsqu'il implique une menace de mort ou une menace grave à son intégrité physique et qu'il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (Brillon, 2004, p. 29). Quant à Brière et Scott (2013), ils précisent que le traumatisme est un événement et non la réaction à l'événement traumatique. Cet événement traumatique doit être majeur et la personne doit se sentir dépasser par l'événement.

Selon Briere et Scott, un traumatisme est :

Direct personal experience of an event that involves actual or threatened death of serious injury, or other threat to one's physical integrity; or witnessing an event that involves death, injury, or a threat to the physical integrity of another person; or learning about unexpected or violent death, serious harm, or threat of death or injury experienced by a family member or other close associate. The person's response to the event must involve intense fear, helplessness, or horror (or in children, the response must involve disorganized or agitated behavior) (Briere et Scott, 2006, p. 9).

Briere et Scott (2006) critiquent la définition de l'Association psychiatrique américaine, car les critères d'admissibilité sont qu'une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique soient présentes. Plusieurs événements peuvent être traumatiques sans qu'ils menacent la vie ou qu'une blessure soit infligée.

En 1987, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III-R) incluait les menaces à l'intégrité psychologique comme des formes valides de traumatismes. Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* DSM-IV-TR (APA, 2000) ne reconnaît pas les menaces à l'intégrité psychologique telles que les abus émotionnels extrêmes, les pertes majeures ou les séparations, la dégradation ou l'humiliation et les expériences sexuelles coercitives sans menace physique ou force comme traumatique, mais plutôt perturbatrice.

Quant à la définition des traumatismes infantiles, on sait que tous les enfants vivent des événements stressant dans leur vie. Toutefois, l'expression fait référence à l'âge de l'enfant. En effet, selon AdoptOntario :

En général, l'expression traumatisme infantile précoce fait référence à des expériences traumatiques vécues par l'enfant âgé de 0 à 6 ans. Le nourrisson et le jeune enfant réagissent autrement que l'enfant plus âgé. En outre, ils sont

incapables de verbaliser leurs réactions à des événements dangereux ou menaçants. On présume que leur jeune âge protège les enfants de l'impact produit par les expériences traumatiques. Pourtant, les événements traumatisants perturbent aussi les jeunes enfants, même s'ils n'en comprennent pas la teneur (AdoptOntario, 2013, s.p.).

Les types de traumatismes vécus par les enfants sont nombreux. Toutefois, on s'intéresse ici et principalement, aux traumatismes résultants d'actes de négligence, de maltraitance ou de mauvais traitements envers les enfants de la part des personnes qui en prennent soin. Trocmé, et collab. (2008) en précisent plusieurs : abus physique et sexuel, négligence, maltraitance psychologique, exposition à la violence conjugale. On se penchera un peu plus bas dans ce texte, sur les traumatismes suivants, l'enfant qui : témoigne la violence conjugale, qui subit des agressions sexuelles ou physiques et qui souffre de négligence. Par ailleurs, et plus particulièrement chez les enfants adoptés, un des traumatismes vient de la séparation avec la mère biologique, comme nous l'avons noté plus avant avec le cas de Sébastien. Finalement, rappelons à l'instar d'AdoptOntario :

À l'instar de l'enfant plus âgé, le jeune enfant manifeste des symptômes physiologiques et comportementaux à la suite d'un traumatisme. Contrairement à l'enfant plus âgé, cependant, le jeune enfant ne peut transposer ses émotions en paroles, mais ses comportements fournissent des indices importants quant à son niveau de perturbation.

Le jeune enfant qui subit un traumatisme est exposé à un risque particulier en raison de la grande vulnérabilité de son cerveau, qui se développe rapidement à cet âge. En effet, on a établi un lien entre le traumatisme infantile précoce et une réduction de la taille du cortex cérébral. Cette région est responsable de plusieurs fonctions complexes, dont la mémoire, l'attention, la sensibilité perceptuelle, la pensée, le langage et la conscience. Ces changements peuvent influencer sur le quotient intellectuel et la capacité de régulation des émotions. En outre, l'enfant peut devenir plus craintif et perdre son sentiment de sécurité ou de protection (2013, s.p.).

3.2 Liens entre troubles de l'attachement et les traumatismes

Dans de nombreuses recherches, on montre qu'un trouble de l'attachement peut camoufler un état de choc post-traumatique ou un stress post-traumatique relié à un événement extrêmement traumatisant vécu dans la petite enfance (Bowlby, 1980; Hughes, 2004, 2014). Certes, avec une intervention appropriée, l'enfant pourrait développer des stratégies afin de solidifier un lien d'attachement à sa famille.

Lorsqu'on examine les liens entre les traumatismes et les troubles de l'attachement, on peut voir comment les deux problématiques sont similaires dans leurs évolutions. Les traumatismes vécus à un bas âge, de façon répétitive peuvent créer chez l'enfant un trouble stress-post traumatique.

Une personne peut développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) si, par nécessité, elle réagit à des événements traumatisants, et y survit, en érigeant un blocage émotionnel devant ces derniers pendant et après le traumatisme. Cela permet à l'expérience traumatisante de dominer comment la personne organise sa vie et de lui faire percevoir la plupart des événements stressants de la vie subséquents à la lumière du traumatisme antérieur. La concentration sur le passé d'une telle manière vole graduellement la vie de son sens et de son plaisir (Manitoba Trauma Information and Education Centre, 2015, s.p.).

Chaque personne réagit différemment aux traumatismes en fonction de ses habiletés d'adaptation et ses systèmes de soutien. Dès la naissance et durant l'enfance, les traumatismes les plus marquants sont le fait des adultes responsables d'eux (Ouellet, 2011, p. 36). Une fois ce bris de confiance développé entre l'enfant et l'adulte, il devient difficile pour l'enfant de faire confiance à d'autres adultes dans son environnement puisque l'adulte qui était censé le garder en sécurité n'est plus fiable, donc comment faire confiance aux autres ? Par ailleurs, un trouble de l'attachement peut se développer lorsque la violence est répétitive, et lorsque le parent ne peut pas garder l'enfant en sécurité. Les enfants comme on le décrit dans ce mémoire, tels

Sébastien ou TJ, sont ceux qui sont encore plus à risque puisqu'ils ont vécu des traumatismes sévères de la part de leurs parents et, par la suite, ont été abandonnés à plusieurs reprises par d'autres adultes qui devaient les garder en sécurité.

Ces événements dévastateurs, vécus avant leur entrée dans une nouvelle famille, sont un facteur prédéterminant d'échecs au niveau de l'attachement et sur les probabilités d'accepter et de mettre en place les stratégies de traitement. Selon Schore (cité dans Ouellet, 2011) :

Traumatic attachments, commonly seen in infants placed in foster care is a strong risk factor for developing PTSD, as well as for future PTSD, because, by definition, they all have histories of neglect, abandonment witnessing domestic violence, and/or abuse (physical and/or sexual). "Early abuse negatively impacts the developmental trajectory of the right brain, dominant for attachment, affect regulation and stress modulation, thereby setting a template for the coping deficits of both mind and body that characterize PTSD symptomatology (p. 9).

Sachant qu'un enfant a vécu des traumatismes, il faut déterminer le mode de traitement pour l'enfant là où le traitement est viable. De plus, si l'enfant est nouvellement transféré dans une nouvelle famille nourricière, il ne serait pas recommandé que l'enfant débute un traitement sans qu'il ait au préalable développé un lien d'attachement. Comme intervenante ou intervenant, on nous demande de débiter un traitement avec les enfants qui nous sont référés, il est donc très important de prendre le temps d'évaluer l'enfant et de s'assurer que l'enfant est bien soutenu par les adultes qui l'entourent (Ouellet, 2011). Tout aussi important est le rôle parental dans le traitement de l'enfant. Si l'enfant demeure encore avec la personne qui la néglige, qui abuse d'elle ou la maltraite, il ne serait pas dans le meilleur intérêt de l'enfant et de sa santé mentale de débiter le traitement avec l'enfant et le parent. En effet, Ouellet (2011) dira même que ce ne serait pas conforme à l'éthique professionnelle de le faire puisque l'enfant n'est pas en sécurité avec le parent, que l'enfant n'a pas développé un lien d'attachement sécurisant avec le parent.

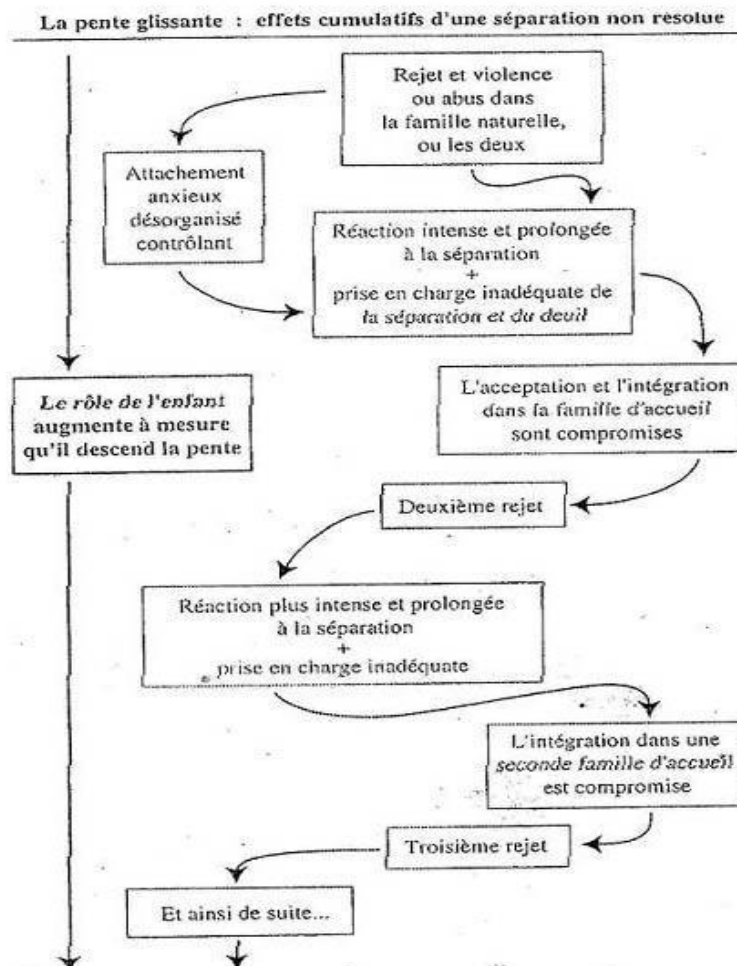
Si l'enfant est dans un environnement sécurisant, qu'il vit avec un parent nourricier en qui il ou elle fait déjà confiance, alors l'intervention sur les traumatismes peut débuter mais avec précautions.

Dans le rôle d'une intervenante ou d'un intervenant, cette traduction d'information du parent à l'enfant est cruciale. Il arrive que le parent de l'enfant traumatisé soit aussi traumatisé et que cette traduction ne soit pas bien reçue. Soit parce que le parent n'est pas dans un état émotionnel qui permet que l'information lui est donnée ou qu'il ou elle nie la sévérité du traumatisme ou de l'attachement. Il se peut aussi que l'enfant soit enlevé de sa famille primaire pour de raisons de sécurité, et l'enfant doit débuter son traitement avec un parent nourricier, qui parfois, et même souvent, ne veut pas faire partie de la thérapie intensive avec l'enfant pour des raisons éthiques.

Dans les travaux de Steinhauer (1996), « la mère d'accueil devrait être le premier guide de l'enfant à travers son processus de deuil » (p. 171). Steinhauer considère que les parents sont les mieux placés pour appuyer l'enfant dans son processus de deuil, parce qu'ils passent beaucoup plus de temps avec l'enfant et seront forcément présents lorsque le processus sera réactivé par divers événements qui parviendront à percer les défenses de l'enfant. Steinhauer, dans son livre *Le moindre mal* (1996), pose la question aux lecteurs et lectrices : malgré les risques liés au placement, quel est le seuil au-delà duquel l'exercice du rôle parental est inacceptable ? Entre les risques d'abus et/ou de négligences graves et les risques liés au retrait de l'enfant de sa famille, quel est le « moindre mal » ? Dans la réalité, le risque de troubles psychologiques auquel se trouve exposé l'enfant lorsqu'il fait face à la discorde et aux comportements violents ou abusifs de ses parents, puis à la séparation d'avec ces derniers, est multiplié.

En examinant la pente glissante de Steinhauer (1996) (Figure 1), on peut voir les liens très clairs entrent les séparations de l'enfant de sa famille et par la suite, le risque qui est élevé que l'enfant soit de nouveau rejeté par son nouveau foyer nourricier à cause de ses comportements.

De nouveau, TJ est un exemple parfait, là où il s'est fait rejeté à plusieurs reprises à cause de son manque d'attachement à sa famille nourricière, il exagéra ses comportements pour se faire rejeter de nouveau; et par ce, le cycle continue. Ce qu'illustre le schéma suivant : « la pente glissante ».



Source : Steinhauer, 2008, s.p.

Figure 1 La pente glissante de Steinhauer

Selon Steinhauer (2008), il y a six facteurs qui influencent la réaction de l'enfant à la séparation de leurs parents. Le premier facteur est celui de l'âge de l'enfant, celui durant lequel l'enfant vivra plus de chocs émotionnels et de traumatismes (généralement lorsque l'enfant est âgé entre six mois et quatre ans).

Malheureusement, le stade de développement de l'enfant entre ces âges ne lui permet pas à comprendre les raisons du déplacement, ce qui peut gravement nuire à son état émotif. Le deuxième facteur, selon Steinhauer (2008), est celui de la relation entre la mère et l'enfant avant la séparation. Semblable à la situation étrange de Mary Ainsworth, Steinhauer suggère que le type d'attachement retrouvé chez le parent et l'enfant détermine le niveau de choc que vivra l'enfant lors de la séparation. Le troisième facteur est celui du tempérament de l'enfant. Comme c'est le cas chez les adultes, tous les enfants ne sont pas également sensibles au stress que d'autres. Selon les recherches, les effets de la séparation sont plus intenses chez les garçons que chez les filles. Le quatrième facteur est celui d'expériences antérieures de séparation. Selon Bowlby, ceci est l'exclusion défensive. Selon Steinhauer (2008), l'enfant est à la fois déstabilisé par les pertes antérieures, et par la séparation récente causant d'autres expériences négatives à son répertoire de deuil. Le cinquième facteur est celui de la durée de la séparation. Ainsi,

À partir de l'âge de 8 mois, âge auquel l'enfant a noué un lien sélectif, les séparations doivent être les plus courtes possibles. La détresse de l'enfant sera d'autant plus importante que l'enfant a déjà vécu des ruptures ou que son lien était insécurisé (Steinhauer, 2008, s.p.).

Le sixième facteur est celui de l'effet de l'environnement étranger. « La détresse et les séquelles entraînées par la séparation se trouvent significativement réduites si l'enfant est maintenu dans un environnement qui lui est familier » (Steinhauer, 2008, s.p.). Finalement, Steinhauer mentionne qu'il importe de prendre en considération la

situation d'un enfant qui réagit suite aux séparations successives : « plus un parent substitut est introduit tôt plus l'enfant sera aidé à s'adapter à son nouvel environnement et à faire le deuil de l'attachement sélectif à sa mère (ou à la figure d'attachement qui l'a remplacée) » (2008, s.p.). Steinhauer utilise le terme de deuil pour discuter de la séparation de l'enfant d'avec des parents biologiques ou des parents nourriciers.

Notre interprétation de la pente glissante est comme celle d'un cercle est vicieux. L'enfant est séparé de son parent biologique pour différentes raisons (par exemple : abus, négligence, etc.), il est alors placé en foyer nourricier mais les comportements de deuil et les émotions l'empêchent de se contrôler (par exemple : arrêter de se nourrir, être destructif, être dépressif, être agressif, etc.). Les parents nourriciers n'ont pas nécessairement les capacités ou la formation et les habiletés pour répondre aux besoins de l'enfant. Par conséquent, le placement de l'enfant peut devenir un échec et l'enfant peut être soit retourné aux parents biologiques ou être placé dans un second foyer d'accueil. Et le cycle recommence... et continue... Les rejets répétés affectent davantage l'enfant à chaque fois et il commence à rejeter les personnes et développent une sorte d'incapacité de développer des relations saines à court ou à long terme et les conséquences que cela entraîne. Les conséquences pour l'enfant sont nombreuses comme le montre la figure 2.

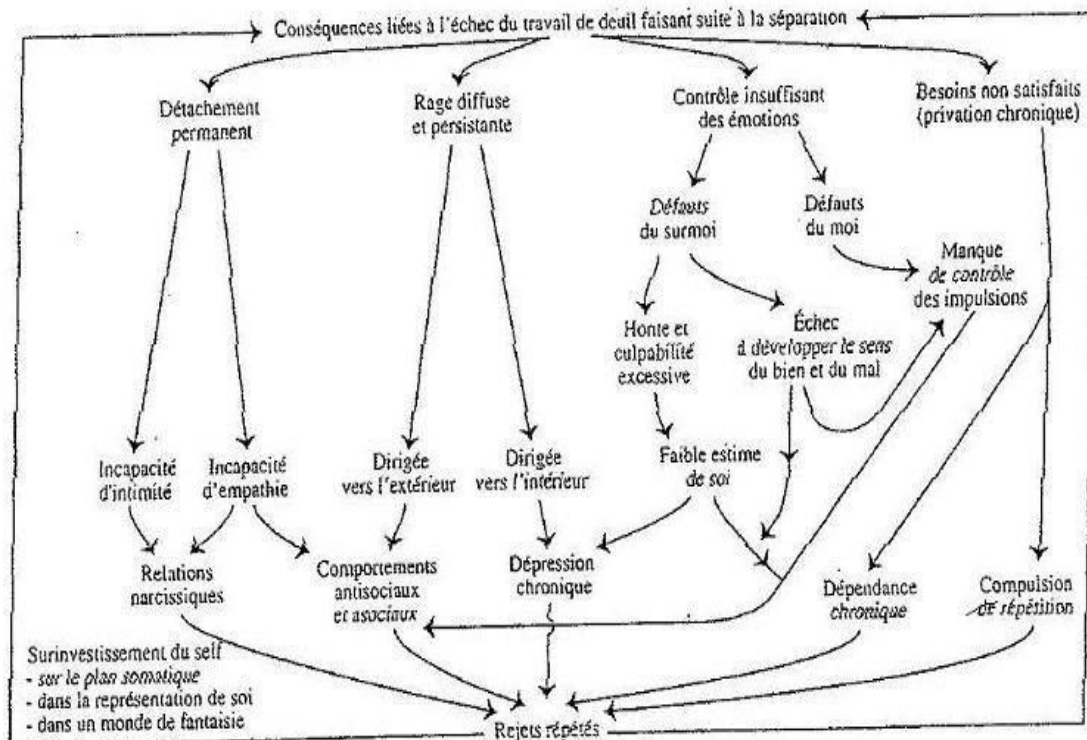
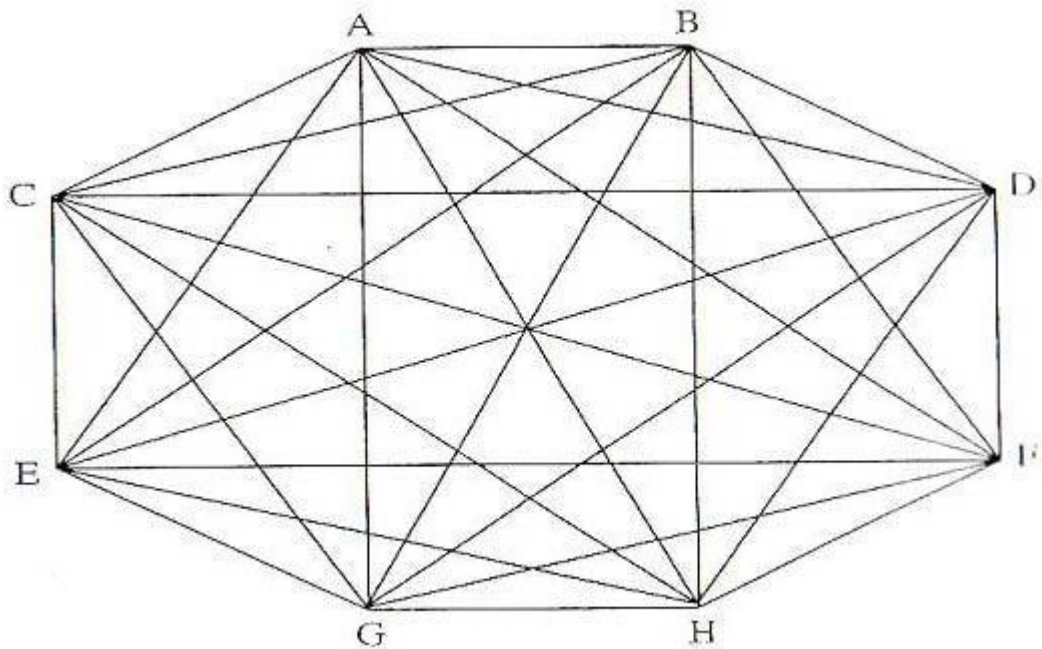


Figure 2 Conséquences liées à l'échec du travail de deuil de Steinhauer

Selon Steinhauer (2009), il existe aussi des facteurs potentiellement pathogènes interagissant en cours de placement à long terme (voir la figure suivante).



A = Facteurs constitutionnels (y compris les traits de tempérament) et vulnérabilité de l'enfant ;
 B = Effets intériorisés d'expériences vécues dans la famille naturelle avant le placement ;
 C = Effets liés au retrait et à la séparation de figures d'attachement ;
 D = Jumelage inadéquat et préparation insuffisante de l'enfant et des parents au placement.
 E = assistance insuffisante du travail de deuil ;
 F = Difficultés interactionnelles dans le nouveau cadre de vie ;
 G = Suivi trop peu fréquent, inadéquat, insuffisamment systématique ;
 H = Facteurs de risques sociaux, incluant vulnérabilité socio-économique, stigmatisation.
 I = La relation entre le parent et l'enfant
 (Source : Steinhauer, 2008, s.p.)

Figure 3 Facteurs potentiellement pathogènes interagissant en cours de placement à long terme

Notre interprétation des facteurs potentiellement pathogènes du deuil de l'enfant est celle d'un autre cercle vicieux. Chacun de ces facteurs interagit en cours de placement à long terme. La figure 3 montre que quelque soit le facteur, il aura une

conséquence sur la relation entre le parent et l'enfant, entre l'enfant et son environnement. Par exemple, un enfant qui intériorise le rejet (B effets intériorisés) et dont le parent n'est pas prêt au jumelage ou re-jumelage avec l'enfant (D jumelage inadéquat et préparation insuffisante) aggravera le B (à chaque rejet l'enfant intériorise davantage et c'est pire à chaque fois). Prenons un second exemple, un enfant qui vit des effets liés au retrait et à la séparation de sa figure d'attachement (C) pourrait vivre des sentiments de frustration, de la rage, un besoin de destruction ou d'automutilation qui, pour lui, sont la seule façon d'intérioriser le rejet. Cette intériorisation fautive aura des conséquences sur les facteurs de risques sociaux (H), par exemple, il peut avoir une incapacité d'établir des relations saines avec les personnes de son environnement et, par conséquent, aura toute sa vie de la difficulté à maintenir un emploi, par exemple, à cause entre autres de la stigmatisation liée à sa santé mentale.

À travers nos expériences professionnelles comme intervenante auprès d'enfants ayant vécu des traumatismes et aux prises avec des troubles de l'attachement, nous omettons de considérer les situations et le vécu des enfants abandonnés à de multiples reprises et ayant vécu des deuils multiples (Figures 2 et 3) puisque nous nous concentrons habituellement sur les comportements immédiats au lieu de regarder d'une façon holistique la situation de l'enfant. Pourtant, les études cliniques montrent que l'ensemble de ces facteurs sont majeurs dans le processus d'attachement de l'enfant. Ces mêmes études (Steinhauer, 2006, Hughes, 2004, 2014) parlent également d'une réparation possible en recourant à une narration de l'évènement dans un environnement sécurisant. N'y aurait-il pas lieu de s'y intéresser davantage?

Bowlby (1969), comme Steinhauer (2006), Ainsworth (1967) et Hughes (2014) soulignent tous l'importance du rôle du parent, ou du soignant pour l'efficacité des interventions pour les troubles de l'attachement et de traumatismes graves.

3.2.1 Type de traumatismes traités

Voici quelques exemples de traumatismes qui peuvent être traités et qui sont relativement fréquents dans la pratique. Il y en a de nombreux autres. Mais nous ne pouvons tous les traiter dans ce mémoire. Ce sont davantage des exemples.

Témoigner de violence conjugale

L'enfant qui témoigne de la violence conjugale souffre plus souvent d'anxiété, d'une basse estime de soi, de dépression et de difficultés avec son tempérament, en contraste à un enfant qui n'en témoigne pas (Eldeson, 1999). De plus, cet enfant risque d'avoir une conscience empathique moins développée que dans la population des enfants en général, ainsi que démontrer des difficultés à considérer la perspective d'autrui. D'ailleurs, selon les chercheurs sur l'apprentissage social, l'enfant qui témoigne de la violence conjugale identifie la violence comme une façon légitime de résoudre un problème.

La violence conjugale et familiale suscite diverses réactions chez les enfants, parmi lesquelles sont : la peur, la peine, la honte, la colère, la culpabilité, l'impuissance et le désespoir (Lapierre, Damant, 2005). Les difficultés qui affligent un enfant suite à ce type d'abus sont nombreuses : entraves à son fonctionnement comportemental et émotionnel, contraintes sur son fonctionnement cognitif, handicaps à son fonctionnement physique et développement fragmenté qui s'étend jusqu'à l'âge adulte.

Larsson et Anderson (1988) confirment que l'enfant qui témoigne de la violence conjugale démontre une augmentation de symptômes psychosomatiques en comparaison aux enfants non traumatisés. Aussi, l'enfant s'absente de l'école à un

rythme deux fois plus élevé que la population générale. La violence conjugale laisse des effets marquants chez l'enfant témoin.

Children who witness violence between adults in their homes are only the most recent victims to become visible. These children have been called the “silent”, “forgotten” and “unintended” victims of adult-to-adult domestic violence. (Elderson, 1999, p.1)

Subir des agressions sexuelles comme enfant

Selon Berliner et Ellito (2002), une agression sexuelle se définit comme étant tout acte sexuel forcé lorsque le consentement de l'enfant n'est pas donné, ou ne peut pas être donné. Ces mêmes chercheurs constatent que les familles ayant un enfant qui a été sexuellement agressé sont décrites comme étant moins cohésives, plus désorganisées et généralement plus dysfonctionnelles. Par conséquent, l'enfant ayant vécu une agression sexuelle démontrera une série de difficultés psychologiques telles que la dépression, l'anxiété, l'agression, l'isolement et il peut être hypersensible ou hyper éveillé à ce qui se passe dans son environnement. De plus, l'enfant abusé risque de développer des comportements sexualisés.

De la même façon que l'enfant qui est témoin de la violence conjugale démontre des symptômes ou des difficultés dans le domaine de son fonctionnement physique, cognitif et émotionnel, l'enfant agressé sexuellement démontrera ces mêmes symptômes ou difficultés. Chacun de ses stades de développement sera affecté.

Subir des agressions physiques comme enfant

La violence physique est le recours à la force délibérée et inutile qui provoque des lésions corporelles. Il ne s'agit pas nécessairement d'un acte répété; ce peut être un acte quotidien ou ponctuel. Les mauvais traitements physiques peuvent prendre l'une ou l'autre des formes suivantes, sans s'y limiter :

secouage, étranglement, morsure, coups de pied, brûlure, empoisonnement, submersion (AlterHeros, 2015, s.p.)

Les difficultés qui sont manifestées par un enfant ayant vécu de la violence physique sont semblables à celles qui se présentent chez un enfant qui témoigne de la violence conjugale et chez un enfant qui subit des agressions sexuelles. C'est-à-dire, qu'il éprouve des désordres psychologiques, il souffre d'anxiété et il démontre une basse estime de soi.

Larrivée, Lavergne, Dufour et Trocmé (2009) indiquent que dans le groupe des cas « d'abus physique co-occurents, les agressions physiques surviennent plus souvent à répétition et ont plus tendance à prendre la forme d'actes irrationnels et impulsifs » (p. 74). L'agression physique est plus fréquemment accompagnée de mauvais traitements psychologiques. Toutes ces caractéristiques semblent indiquer que les cas d'agression physique co-occurents surviennent dans un contexte dysfonctionnel (Larrivée, Lavergne, Dufour et Trocmé, 2009).

Toute personne, à un moment donné où un autre fut présent lors d'un événement perturbateur. Par contre, un événement perturbateur ne qualifie pas automatiquement comme étant un traumatisme. Les éléments tels que le type d'événement, la proximité, l'impact personnel et l'impact post-événement sont quelques-uns des facteurs qui catégorisent la sévérité de l'expérience comme étant un événement perturbateur ou un traumatisme. Par ailleurs, la sévérité de l'événement est qualifiée différemment pour chaque personne qui le vit. Aussi vrai qu'un coup de pied à la jambe est moins sévère qu'un coup de poing au visage, pour la personne qui le vit, ce premier peut être tout aussi traumatisant. Par exemple, un enfant qui est exposé à la violence conjugale entre ses parents de façon quotidienne, mais qui est tellement habitué à vivre dans ce chaos, pourrait sembler ne plus avoir peur et ne pas vivre un traumatisme à cause de la façon dont il perçoit les incidents de violence. Par contre,

un autre enfant, qui voit sa mère se faire pousser contre le mur par son partenaire pour la première fois, pourrait vivre cet incident de façon telle qu'il en sera traumatisé. Donc, il y a plusieurs variables qui influencent la sévérité d'un traumatisme tels : la période de trans-traumatisme, de pré-traumatisme et de post-traumatisme.

La proximité de l'expérience est un autre facteur qui influence la façon dont le traumatisme est perçu. Plus grande est la participation d'un enfant à un événement, plus élevées sont les possibilités que l'enfant subira des effets de stress post-traumatique. Par contre, il ne faut pas négliger de considérer aussi les effets des traumatismes vécus à une distance. Par exemple, une personne être affectée sévèrement par un traumatisme qu'elle n'a pas personnellement vécu, mais dont l'histoire lui fut racontée ou d'un événement qui s'est déroulé devant ses yeux et dont elle a développé une telle empathie qu'elle ressent des séquelles émotionnelles semblables à la victime actuelle du traumatisme. On réfère à ce concept comme étant la transference, où on voit les émotions vives d'une personne se transmettre à une personne absente de la scène de l'événement perturbateur. Certes, l'impact personnel est un facteur qui influence l'impact de l'événement. Greenwald (2005) donne l'exemple d'un garçon qui apprend que son frère est la victime d'une situation perturbante. Le garçon se blâme de ne pas avoir protégé son frère contre le perturbateur.

L'impact post-événement n'est pas limité à un enfant qui a vécu un événement traumatisant. Parfois l'incident a aussi un impact sur les parents. Les parents qui souffrent de stress post-traumatique peuvent indirectement créer chez l'enfant un stress secondaire suite à l'événement. Ceci peut devenir très problématique pour l'enfant qui vit toutes sortes d'émotions devant des parents chagrinés. Ceci est causé parce que les parents gèrent l'évènement comme un traumatisme. Ce processus les préoccupe et les rend indisposés aux besoins de l'enfant, car ces derniers vivent leurs

propres émotions à l'égard du traumatisme et ignorent les effets secondaires adoptés par l'enfant en réponse à leurs réactions au traumatisme.

Le choc émotionnel est le résultat direct d'un traumatisme. La recherche démontre que plusieurs, si non tous les enfants maltraités auront des problèmes sociaux affectifs et physiques significatifs au courant de leur vie. Comme adultes, leurs problèmes se qualifieront comme étant des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'une pauvre santé physique, etc. La dépression, qui est dite la deuxième maladie mentale la plus coûteuse aux États-Unis, est trois à cinq fois plus élevée chez les personnes ayant vécu un traumatisme à l'enfance. De plus, les statistiques de suicide chez les personnes maltraitées sont élevées. Celles-ci ont un risque douze fois plus élevé de se suicider qu'une personne qui n'a subi aucun abus. Les statistiques pour les personnes physiquement abusées montrent qu'elles sont de six à douze fois plus à risque de développer une dépendance chimique. Les adolescents ayant vécu des agressions sexuelles ont un risque de dix-huit à vingt et une fois plus élevé de devenir dépendants de drogues et d'alcool (Putnam 2006).

3.2.2 Effets immédiats à court terme – la période de l'enfance

Examinons plus précisément les effets immédiats d'un traumatisme chez l'enfant. Prenons note que l'impact des traumatismes sur un nourrisson de l'âge de trois ans ou plus jeune qui subit de la négligence chronique ainsi que de mauvais traitements, influencera plusieurs aspects de sa vie. Émotionnellement, l'enfant de la naissance à l'âge de trois ans dépend énormément sur ses parents pour la régulation de ses émotions. L'enfant cherche instinctivement ses parents pour être réconforté, pour sentir un sens de sécurité et en retour, les parents devraient essentiellement répondre à ses besoins sociaux affectifs et ses besoins physiques. Quant au domaine de l'affectif, c'est le lien d'attachement qui influence le plus les conséquences d'un traumatisme qui implique de la négligence chronique ou de la violence physique. Comment la

relation entre l'enfant et les parents se développe-t-elle dans les quatre catégories de l'attachement ?

Lors de la période de temps où l'attachement aux parents se forme, c'est aussi à ce temps que le cerveau est en pleine période de croissance, il est stimulé et fait des connexions. À la naissance, un enfant aura cent billions de cellules cérébrales. Ces cellules ne sont pas encore branchées, puisque c'est grâce au réseau du monde extérieur qu'elles se brancheront et créeront des liens les unes aux autres. Une seule cellule peut se brancher avec quinze mille autres cellules ! À l'âge de trois ans, le nourrisson aura formé un quadrillion de connexions, deux fois le nombre de connexions d'un cerveau adulte (Zelazo, 2015). Ces connexions sont formées lors des moments « *Prime Times* ». Certains de ces moments sont brefs et très cruciaux. Lorsqu'un traumatisme se passe pendant ces moments, les connexions appropriées ne se forment pas. Lorsqu'on examine, le cerveau et son développement normal, on constate que le cerveau se développe dans une séquence hiérarchisée, ce qui veut dire que chaque composante du cerveau se bâtit à partir de la fondation de l'autre : « the experiences of childhood act as primary architects of the brain's capabilities throughout the rest of life » (Child Trauma Academy, s.d., s.p.). Si on regarde le cerveau comme s'il était une plante, il est important que la base de la plante soit bien nourrie afin d'assurer une bonne croissance de toute la plante. Il en va de même avec le cerveau. Quand le cerveau n'est pas nourri à sa base, comme par exemple, lorsque les parents ne sont pas attentifs aux besoins primaires de leur enfant, ou à la base du cerveau, le bon développement des autres fonctions est impossible. C'est-à-dire que les fonctions plus spécifiques telles que celles qui régularisent les émotions et la maturation sociale ne pourront pas se développer normalement et, le cerveau sera sous-développé.

There is evidence that the brain remains stuck at a primitive state so that the cardiovascular system is altered, impulsivity remains, there are increased anxiety, increased startle response and sleep abnormalities. Abuse and neglect create biochemical alterations in the infant brain. Since about 90% of the brain is developed from birth to three years of age, it is crucial that the early care giving experience be maximized (Crisci, 2007, p. 8).

La partie du cerveau qui sert aux fonctions primitives se retrouve dans le tronc cérébral. Cette partie du cerveau conscientise la personne au danger et lorsqu'un événement dangereux se produit, la personne comprend qu'un deuxième risque n'est pas de mise. Jumelé à cette partie du cerveau est le système limbique. Le système limbique dépend des expériences. C'est le système responsable de l'expression des émotions, et afin qu'il puisse se développer normalement, il doit recevoir beaucoup de stimuli durant les premières années de la vie puisque c'est lui qui a la capacité de retenir tout noms, visages et emplacements : « The limbic system provides the foundation for all aspects of social and emotional behavior » (Joseph, 1999, p. 897).

Lorsqu'un traumatisme est présent dans la vie d'un enfant, le cerveau, particulièrement le système limbique, n'a pas la structure nécessaire afin de pouvoir bien gérer ses émotions. Ce qui aboutit en un manquement important dans le domaine de résolution de problème. Lorsque la personne est exposée à un traumatisme, les hormones qui servent à mieux contenir les effets du traumatisme sont modifiées et ne servent plus là où elles sont nécessaires. Ce débalancement hormonal est en réponse directe au traumatisme vécu.

En examinant les travaux mentionnés ci-dessus, on comprend que les événements traumatiques vécus durant l'enfance jouent un rôle fort important dans le déroulement d'une vie. Chaque stade de la vie est influencé par ces traumatismes. Durant la période d'enfance, les symptômes peuvent paraître comme des comportements négatifs. Ceux-ci peuvent inclure une pauvre tolérance aux frustrations, la dépression, l'anxiété, une pauvre concentration, une perte d'intérêt dans la vie, de la rage, des

comportements criminels et des comportements suicidaires (Greenwald, 2005). Durant la période de l'adolescence, ces comportements sont soit plus ancrés dans la vie quotidienne ou ils sont remplacés par d'autres comportements plus intenses et dangereux. Arrivé à l'âge adulte, le niveau de confiance envers les autres est souvent minime. La personne forme des relations en lien avec ses expériences du passé. Elle transfère ses outils de survie à ses enfants et perpétue, par l'entremise de cet acte, les effets de son traumatisme. En prenant en contexte les informations au sujet du système limbique et du développement du cerveau, il n'est pas surprenant que les séquelles des traumatismes soient omniprésentes tout au courant de la vie de la personne affligée.

3.2.3 Prédisposition neurobiologique

D'autres études, dont celles de Rygaard (2005) et d'Adriaenssens (2000), soulèvent des hypothèses neurobiologiques afin de confirmer l'importance des soins maternels lors des premières années de vie. Ces récentes recherches sur le développement du cerveau engendrent une nouvelle théorie fondée sur l'idée suivante: certaines prédispositions du cerveau peuvent compromettre un attachement sain de l'enfant au parent, si le réseautage des circuits n'a pu s'effectuer de façon adéquate durant les deux premières années de vie.

Devant cette présupposition, certains chercheurs ont conclu que:

Des personnes naissent sans capacité d'attachement. Dans une étude, le Prof. Buitelaar, d'Utrecht, examine l'influence de facteurs hormonaux sur les troubles du comportement pendant le deuxième semestre de la grossesse. [...] Le stress exerce une influence sur l'hormone testostérone, il en fait monter le taux. Il y aurait plus d'enfants souffrant de troubles du comportement chez les 40 mères qui ont été confrontées à un stress élevé pendant la grossesse. [...] négligence, abus sexuels, violences ne déclenchent pas seulement des mécanismes psychologiques, mais laissent aussi des traces biologiques dans le

cerveau. Celui-ci contient des réseaux neurologiques dont le développement peut être affecté (Adriaenssens, 2000, p. 3).

De plus, l'étude de la Dr Sonia Lupien de l'hôpital Douglas (2005) révèle que la mère, qui vit une situation de stress intense pendant sa grossesse, présente un taux de cortisol élevé (hormone de stress). L'enfant qui naît présente, lui aussi, un taux de cortisol élevé. Dans son étude, elle identifie que le meilleur facteur de protection pour réduire le stress de l'enfant demeure la relation adéquate de la mère à l'enfant. Cet aspect important de la notion de traumatisme et de l'hormone de stress a amené plusieurs spécialistes à se questionner devant un bagage aussi imposant et persistant. Les travaux de Meaney (cité par Sindi, 2011) s'inscrivent dans le même courant. Il a étudié l'impact des soins maternels sur l'expression des gènes en observant le lien entre le stress chez les petits des mères rates et la qualité des soins maternels. Il a découvert que les petites rates nées de mères qui léchaient et toilettaient rarement et qui par la suite étaient confiées à des mères qui donnaient beaucoup de soins maternels, elles devenaient à leur tour des mères qui prodiguaient beaucoup de soins maternels. Ses résultats ont démontré l'importance de l'environnement et des soins parentaux qui deviennent des facteurs de protection même s'il existe des facteurs de risques. Ses études illustrent que les gènes n'exerceraient pas l'unique influence dans le développement de l'enfant, mais qu'ils interagissent avec les facteurs environnementaux. La qualité des soins parentaux et la présence d'un milieu familial de qualité peuvent affecter les gènes et par conséquent, modifier le développement de l'enfant. Toutefois, se pourrait-il que certains enfants n'aient pas la prédisposition biologique pour développer un attachement confiant ? Se pourrait-il que certains enfants ne puissent être adoptés, donc ils seraient possiblement identifiés comme cliniquement non adoptable ?

Selon Ouelett (2011) :

Attribuer une seule cause au problème d'attachement nous apparaît réducteur. Si les enfants en situation de négligence sévère; de maltraitance, etc., sont identifiés en bas âge, la probabilité d'augmenter leur capacité de résilience dépendra de notre capacité d'intervention, en tant que professionnel. Nous devons intervenir rapidement pour contrer un aspect aussi pessimiste qu'une incapacité totale d'attachement. Nous estimons qu'il y a un risque majeur à stigmatiser les enfants selon une approche prédictive qui laisse de côté le principe fondamental que la personne souffrante demeure l'enfant. De plus, si un enfant est identifié comme ayant une prédisposition biologique indélébile, il y aura forcément plusieurs professionnels qui baisseront les bras, plaçant ainsi cet enfant devant une absence de service (p. 54).

3.3 Modèles efficaces d'intervention pour l'attachement et les traumatismes

Le modèle de traitement initié par une intervenante ou un intervenant devrait varier selon les besoins thérapeutiques de l'enfant. Selon Brière et Scott (2006), peu importe la base théorique utilisée, un traitement efficace doit avoir comme base, une approche qui est respectueuse, positive et qui servira à valider les besoins de l'enfant dans un contexte thérapeutique. Le traitement devra aussi inclure une composante psycho-éducative en lien avec les traumatismes et les symptômes; il devra offrir une séance qui portera sur la réduction du stress et la régulation des émotions; il devra aussi inclure des interventions cognitives qui modifieront les perceptions et les croyances négatives afin d'offrir à l'enfant une occasion de hausser ses croyances positives. De plus, l'intervenante ou l'intervenant devra assurer un contexte positif où l'enfant pourra partager les détails des événements traumatiques. Finalement, le but d'un traitement thérapeutique est d'offrir les outils nécessaires permettant à l'enfant de traiter ses symptômes de traumatismes et de retrouver un état de fonctionnement psychologique approprié.

Les pratiques fondées sur l'expérience clinique tentent de réduire les symptômes des enfants traumatisés et de les traiter effectivement. Malgré la recherche qui appuie ce dernier énoncé et malgré tous les programmes développés à cet égard, mettre en œuvre ces pratiques n'est pas chose facile. Selon Brown et Whitaker (2012), les enfants maltraités ou traumatisés dans les systèmes de services publics, tels ceux de la Société de l'aide à l'enfance, font partie d'une majorité d'enfants retrouvés dans la population générale qui souffrent de traumatismes. Les pratiques utilisées dans les programmes de santé mentale des secteurs publics sont plus souvent axées sur les plans didactiques, genre apprentissage en salle de classe, et non selon les meilleures pratiques. Ces programmes peuvent être utiles dans le contexte behavioriste. Les comportements néfastes peuvent être réduits avec ce genre de programme. Par contre, lorsqu'on examine les enfants traumatisés ou les enfants ayant des difficultés d'attachement, ceci n'est pas toujours le cas.

Les travailleuses et travailleurs sociaux d'agences communautaires et même en milieu scolaire font face à des cas sévères de traumatismes chez les enfants, soit dans le contexte d'abus, de traumatismes chroniques ou d'accidents. Ces enfants requièrent des traitements efficaces afin d'assurer une bonne continuité tout au long de leur vie.

La thérapie pour le traitement du trouble de l'attachement existe depuis très longtemps (Hallet et Beaufort, 2003). Elle a été initiée par Zazlow (professeur de psychologie à l'université d'État de San Jose) dans les années 1970. Elle fut connue principalement sous le nom de « processus Z », qui a comme objectif de recréer le cycle de l'attachement. La thérapie du maintien/attachement, réduction de la rage, ou thérapie dynamique, ont le même objectif, soit de fournir une crise d'intimité entre les parents et l'enfant à partir de laquelle une relation plus proche et plus aimante peut se développer (Crawford, 1986, cité dans Hallett et Beaufort, 2003). Le maintien est censé recréer une relation d'intimité avec le parent adoptant. Le processus de maintien débute avec la mère qui prend son enfant dans ses bras et le maintien contre

elle, malgré la peur et la rage de l'enfant afin d'atteindre un sentiment de sécurité engendré par ce maintien.

Lorsqu'on discute des thérapies de maintien elle s'établit selon six stades : la tolérance : l'enfant croit que le parent n'est pas sérieux ; le marchandage : l'enfant promet de bien se conduire ; la colère : l'enfant proteste par des comportements importants ; les pleurs et lamentations : ce stade est identifié comme étant le plus difficile pour le parent qui éprouve le désir de cesser le maintien ; l'acceptation) : l'enfant commence à se détendre et répond aux caresses de la mère ; l'attachement : c'est le moment de guérison et où il se blotti. Ces étapes sont franchies en parties à cause des techniques de contention utilisées en psychoéducation et parce qu'elle est effectuée par la mère dans un contexte de chaleur et d'affection. Cette technique est considérée peu intrusive. Faisant appel aux quatre émotions de base de l'attachement: la colère, la peur, la honte et la tristesse, elle permet de retravailler les modèles internes opérants chez l'enfant (Hallet et Beaufort, 2003).

Une autre forme de maintien, le « processus Z » a été développé par Zazlow pour, tout d'abord, traiter l'autisme. Il fut par la suite, utilisé pour les troubles de l'attachement. « Cette méthode de réduction de la rage implique de maintenir physiquement l'enfant pour le confronter et travailler à travers la rage et la résistance motrice de façon à réinstaurer une relation positive avec le travailleuse sociale » (Hallet et Beaufort, 2003, p. 103).

L'objectif de ce maintien est de rétablir le cercle de confiance et l'ingérence des mécanismes de défense. Afin d'assurer la sécurité de l'enfant, celui-ci est enveloppé dans une couverture et tenu par des adultes, lui enlevant ainsi toute possibilité de contrôle.

Plusieurs critiques ont attribué à cette forme de thérapie qui semble présenter un caractère abusif et traumatisant pour l'enfant. On questionne donc son utilisation à savoir si elle répondait aux besoins des travailleuses ou travailleurs sociaux qui n'ont pas nécessairement la capacité et les habiletés d'intervenir avec ce modèle. Toutefois, elle a aussi démontré un taux d'efficacité de 75 %. (Hallet, Beaufort, 2003, p. 102). Par ailleurs, elle peut se combiner à d'autres formes thérapeutiques comme la thérapie par la parole ou par le jeu, par exemple.

3.3.1 Psychothérapie développementale dyadique

La psychothérapie développementale dyadique a été originalement développée par Hugues (2004), psychologue, pour les enfants qui souffrent de détresse émotionnelle lors d'une séparation de leur milieu familial.

La psychothérapie développementale dyadique est une théorie issue de la thérapie familiale. C'est une intégration de plusieurs approches, de méthodes et de techniques d'attachement, toutes ayant un cadre fondé sur l'expérience clinique, tout particulièrement fondé dans le modèle de l'attachement de John Bowlby (1968). Cette approche fut originalement développée pour traiter les enfants adoptés qui avaient aussi subi des traumatismes complexes. La psychothérapie développementale dyadique est fortement basée dans les expériences et les émotions partagées lors des rencontres d'intervention. Ce modèle est maintenant reconnu comme étant un modèle qui est utilisé dans plusieurs milieux et dans plusieurs contextes où l'attachement et les traumatismes complexes sont présents.

Selon le modèle de psychothérapie développementale dyadique, les résultats du succès ne proviennent pas du niveau du « comment l'enfant est atteint », mais plutôt, ils proviennent de la capacité du parent, de l'état d'esprit du parent, du dévouement du parent, de la perspicacité du parent et, finalement, de la sensibilité du parent

envers le traitement et envers son enfant (Hughes, 2014). Cette thérapie se concentre sur les émotions. La psychothérapie développementale dyadique est cohérente avec les principes de traitements pour les traumatismes complexes (*Developmental Trauma Disorder*). En effet, le *Developmental Trauma Disorder* se réfère à un type de traumatismes très complexes qui misent sur les effets des traumatismes sur l'enfant ayant vécu de l'abus et de la négligence tôt dans leur vie. Ces abus créent chez l'enfant des problèmes qui vont compromettre son développement et son attachement. Selon Hughes (2004), il y a sept domaines où l'enfant subira des déficiences : l'attachement, la biologie, la régulation émotionnelle, la dissociation, le contrôle de comportement, les connaissances, et le concept de soi.

Plusieurs traumatismes moins sévères peuvent être traités en utilisant des méthodes de thérapies « *trauma-focussed* ». Par contre, les traumatismes qui tombent dans les catégories sévères, prolongés, et vécues à un bas âge requièrent des traitements très complexes. La littérature abordant les traumatismes de développement est incomplète et même presque inexistante. Par contre, selon une recherche effectuée par Cook, Spinazzola, et collab. (2005), suggère des traitements et des interventions basées sur les « meilleures pratiques », et selon les recherches scientifiques, pour traiter les traumatismes complexes et sévères. Le traitement recommandé selon Cook, Spinazzola, et collab., intègre six catégories d'intervention qui touchent les domaines de déficiences suivants : la sécurité, l'autorégulation, l'autoréflexion, l'intégration des expériences traumatisantes, l'engagement relationnel, et l'amélioration de l'affectif de l'enfant.

Lorsque les enfants ont été traumatisés par leurs parents, ou par autres personnes de soutien, ceux-ci sont à risque de développer une variété de modèles symptomatiques qui créent de sérieux problèmes d'attachement (Hughes, 2004). Habituellement, les enfants non-traumatisés iront vers leurs parents pour leur sécurité, leur confort, l'amitié, ils cherchent à être guidés par leur parents. Par contre, ceux qui

ont des modèles négatifs de l'attachement, par exemple ceux qui ont vécu des traumatismes ont plutôt des modèles d'attachement désorganisé, de la honte excessive, une dérégulation extrême des émotions, cherchent à établir un sentiment de contrôle lorsqu'ils font face aux stress de la vie.

Hughes (2014) souligne, dans le tableau 6 suivant, les traits communs chez les enfants qui ont des modèles négatifs d'attachement, créés par un traumatisme et un manquement dans le développement de la relation entre l'enfant et le parent.

Tableau 6 Modèles de développement et de symptômes douteux - *Impaired Development and Symptoms Patterns*

Altérations du développement chez l'enfant	Symptômes et modèles
Joie minime, humeur minime	Peur envahissante et honte
Amour réciproque, plaisir	Besoins excessif de contrôler
Contact des yeux	Comportement oppositionnel
Attachement sélectif (charmeur non-discriminateur)	Dérégulation des émotions telles que la rage, la terreur et le désespoir
Empathie	Faire mal aux autres (physique et ou émotionnel)
Honte et remords	Ne pas prendre la responsabilité de ses propres actions
Auto-parler de soi et des autres	Mentir, faire des excuses, blâmer les autres
Cause et effet	Agir bien/mal de façon interchangeable
Communication émotionnelle	Sens qu'il a le « droit »
Fonctions du corps	Identité de victime
Limites de l'espace personnel	Destructeur, voleur, palissade
Reconnaissance de soi	Manipulation
	Hypervigilance
	Évitement de sentiments, de comportements et de pensées

Source : Hughes, 2014, p. 2, notre traduction.

Bien que les enfants habitant avec des soignants qui ont la capacité et le dévouement de développer avec l'enfant un sens d'attachement sécurisant, le but primordial de la psychothérapie est que l'enfant développe des sentiments de confiance et de sécurité avec la personne responsable d'eux. Par contre, certains enfants habitent avec des soignants qui ne sont pas reconnus comme étant des figures d'attachement. Tel est le cas dans des situations de foyers nourriciers ou des foyers de groupes. Dans ces cas, il est important mettre le focus sur la sécurité de l'attachement et non sur l'attachement de l'enfant avec le soignant (Hughes, 2014). En démontrant à l'enfant la capacité de faire confiance en la personne responsable de ses soins, au lieu de mettre le focus sur l'importance d'atteindre une relation permanente avec l'adulte, l'enfant vivra des succès.

Les principes de l'attachement et le développement des relations doivent être au centre de tous traitements pour ces enfants. Ils doivent premièrement apprendre comment s'associer avec leurs soignants, même si le but n'est pas de créer un attachement à la figure primaire (mère, père, grands-parents etc.).

Afin que ces enfants puissent atteindre une stabilité et puissent vivre une vie complète tout au long de leurs stades de développements, ils doivent se sentir en sécurité avec au moins un adulte à qui ils font confiance.

3.3.1.1 Daniel Huges et le mode de traitement de la psychothérapie développementale dyadique

Selon Daniel Huges, la psychothérapie développementale dyadique (PDD) ou *Dyadic Developmental Psychotherapy* se définit comme étant :

DDP is a relationship focused psychotherapy that facilitates the child's ability to engage in attachment-based relationships with his primary caregivers and other significant adults in his life. This treatment is likely to be more effective if the adults with whom the child lives are present and active in the treatment. Developing good relationship skills can best be done with the adults with whom one lives. Actually practicing and utilizing these skills in the treatment is likely to be more effective than simply talking about the skills needed from a cognitive-behavioral perspective. Also, the presence of the adult will enable the therapist to be confident that the adults are employing the appropriate relationship skills that will optimize the child's ability to develop the same skills. We cannot expect young people to learn the relationship skills that they need if they are in relationships with adults who are not using congruent skills (Huges, 2008, p. 3).

Les buts pour les enfants ayant vécus des traumatismes et des difficultés de l'attachement en utilisant le PDD sont les suivants:

1. Développement émotionnel :
 - a. Identifier et nommer les états émotionnels chez soi et chez les autres.
 - b. Réglementer ses émotions, premièrement par l'entremise de la co-régulation de ses émotions.
 - c. Communiquer ses émotions par l'entremise de dialogues importants au sujet de sa vie avec ses soignants.
 - d. Faire émerger des émotions positives, telles l'amour et le plaisir.
2. Réparation des relations :
 - a. Apprendre à identifier et percevoir les conflits de relations comme étant une partie intégrale et normale dans le développement de toutes relations.
 - b. Manifester moins d'honte, et pouvoir reconnaître ses propres comportements, ceux qui ont nui à ses relations.
 - c. S'engager dans la réparation de relations initiées par son soignant.
 - d. Commencer à initier la réparation de la relation.

3. Acceptation du confort :
 - a. Pouvoir maintenant identifier les moments de besoin de confort, et accepter la vulnérabilité.
 - b. Être réceptif au confort et au support initié par son soignant.
 - c. Chercher de façon active et constante le confort et l'appui de son soignant lorsqu'il y a des moments de détresse.
4. Augmentation de la réflexion chez-soi :
 - a. Pouvoir maintenant mieux identifier ses émotions, ses vœux, ses jugements, ses perceptions, ses souvenirs et ses valeurs.
 - b. Pouvoir maintenant faire la connexion entre ses pensées et ses comportements.
 - c. Pouvoir maintenant communiquer sur tous les aspects de sa vie à son soignant.
5. Augmentation de l'habileté de prendre conscience de la vie innée des autres :
 - a. Devenir de plus en plus conscient des pensées, des émotions et des vœux de son soignant.
 - b. Augmenter ses habiletés de deviner les motifs de son soignant face à son comportement envers lui.
 - c. Communiquer ses perceptions de la vie innée des autres.
6. Autobiographie qui est de plus en plus cohérent et organisé :
 - a. Explorer ses traumatismes et ses pertes tout en régulant ses émotions.
 - b. Accepter ses traumatismes et ses pertes.
 - c. Pouvoir maintenant intégrer ses souvenirs et faire ressortir les forces et les vulnérabilités du passé.
7. Imitation :
 - a. Chercher à passer du temps avec son soignant.
 - b. Chercher des conseils de son soignant face au développement des outils nécessaires pour améliorer sa perception de soi.
 - c. Commencer à vouloir imiter les valeurs et les croyances de son soignant.
8. Découverte de soi :
 - a. Développer la réalisation de soi par l'entremise des expériences vécues de ses soignants envers lui.
 - b. Pouvoir faire les transitions plus facilement et démontrer une stabilité chez la perception de soi.
 - c. Pouvoir faire face à ses comportements et manifester une perception réaliste de soi, et pouvoir vivre l'émotion de la honte lorsque c'est

approprié pour son comportement (DDP Network, 2014, p. 4-5, notre traduction).

Selon Hughes (2014), les recherches dans le domaine de la psychothérapie, le PDD a une base théorique forte qui inclut les éléments suivants : 1) elles suggèrent que l'enthousiasme émotionnel (*affect arousal*) est critique pour le succès de la thérapie. Cet enthousiasme émotionnel selon le modèle « PACE » (plaisir, acceptation, curiosité et empathie) (Ouellet, 2011) est un thème crucial au succès; 2) de plus, expliquer à l'enfant et à la famille que leurs vécus (le passé), est de grande importance. C'est-à-dire que ce qui a été vécu par la famille dans le passé, affecte les émotions, les comportements, et la signification de leurs relations dans le présent. Cette méthode prouve être efficace dans 63% des cas; 3) le noyau central de la thérapie est l'alliance thérapeutique. Cette méthode, prouve être efficace dans 67% des cas où elle est utilisée; 4) l'acceptation est une composante significative qui prouve être efficace dans le modèle de traitement puisqu'elle propose qu'il n'y a aucun jugement fait de la part de la travailleuse sociale ou du travailleur social, ni des parents, ni des enfants. 5) PDD a des composantes d'expériences vécues, et de composantes cognitives dans le son traitement. Ces deux modes sont retrouvés de façon constante dans les recherches et sont fortement appuyé : « The existing research is now more than sufficient to warrant a possible valuation of experiential therapy in four important areas: depressions, anxiety disorders, trauma, and marital problems » (Berliner et collab. 2002, p. 527); et, 6) les relations sont importantes au succès du traitement. Le développement de la base sécuritaire lors du traitement est indispensable. Cette sécurité permet à l'alliance de se développer entre la travailleuse ou le travailleur social et l'enfant, et par la suite, entre la travailleuse ou le travailleur social et le parent, et finalement, entre le parent et l'enfant.

La psychothérapie développementale dyadique permet que soient traversées des étapes particulières comme l'indique Ouellet :

La première étape consiste à favoriser l'accordage entre l'enfant et le parent de façon à faciliter le décodage des signaux et des comportements vers un dialogue réflexif. La deuxième étape s'inscrit dans la co-construction d'un récit autobiographique avec l'enfant et la régulation de son monde affectif, en travaillant avec les émotions de honte, de colère, de tristesse et de peur. Dans la dernière étape, il y a processus de réparation relié aux séparations et traumatismes du passé de l'enfant afin de rétablir la sécurité affective. La présence active du parent est suggérée afin de transposer les acquis de la thérapie dans la relation parent-enfant (2011, p. 67).

Finalement, la figure suivante montre bien les systèmes qui sont pris en considération dans le modèle PDD (Figure 4).



Figure 4 Modèle de pratique de la psychothérapie développementale dyadique

3.3.2 Autres modes de traitements

Selon les chercheurs du *The National Child Traumatic Stress Network*, les modèles de *Child-Parent Psychotherapy* et de *Parent and Child Intervention Therapy* touchent eux aussi aux modes d'intervention qui ont pour buts de rectifier l'attachement entre le parent et l'enfant par l'entremise de traitements pour les traumatismes vécus.

Le modèle de *Child-Parent Psychotherapy (CPP)* intervient sur les façons dont le ou les traumatismes ont affecté la relation entre le parent et l'enfant. Le but de ce modèle de traitement est d'appuyer les enfants âgés de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans par l'entremise d'interventions. Les enfants doivent avoir subis au moins un traumatisme, de la maltraitance, la mort soudaine d'un de leurs proches, un accident sérieux, de l'abus sexuel, ou avoir été victime de violence familiale. Ces expériences font en sorte que les enfants sont victimes de stress post-traumatique et/ou ayant des difficultés d'attachement. Le but du *Child and Parent Psychotherapy* est d'appuyer la relation parent-enfant afin de développer un sentiment de sécurité chez l'enfant, et afin de restaurer et d'améliorer les fonctionnements comportementaux, et cognitivo-sociaux (National Child Traumatic Stress Network 2015).

Une autre pratique fondée sur l'expérience clinique qui pourrait être efficace dans les cas d'enfants maltraités et/ou ayant des difficultés d'attachement, est celle du *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)* (2015). Durant cette intervention, les interactions dans la dyade parent-enfant sont observées à travers d'un miroir réfléchissant à deux côtés. Le parent répond à des directives précises afin de répondre aux besoins de l'enfant d'une façon constante et prédictible. Le parent (ou les parents) est encouragé dans l'utilisation de techniques de renforcement positif plutôt que de techniques plus imposantes comme celles qui incluent des luttes de pouvoir. Ces dernières techniques perpétuent les techniques de discipline agressive, qui cherchent l'obtention du

contrôle, ce faisant on augmente le risque d'endommager davantage l'attachement entre le parent et l'enfant (Child Welfare Information Gateway, 2013).

Parent-child interactional therapy was developed for children aged between 3 and 7 years diagnosed with an externalizing behavior problem and their parents (Hembree-Kigin & McNeil, 1995) and is founded in social learning theory and attachment theory. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is an empirically-supported treatment for conduct-disordered young children that place emphasis on improving the quality of the parent-child relationship and changing parent-child interaction patterns. In Parent-child interactional therapy, parents are taught specific skills to establish a nurturing and secure relationship with their child while increasing their child's prosocial behavior and decreasing negative behavior. This treatment focuses on two basic interactions: Child Directed Interaction (CDI) is similar to play therapy in that parents engage their child in a play situation with the goal of strengthening the parent-child relationship; Parent Directed Interaction (PDI) resembles clinical behavior therapy in that parents learn to use specific behavior management techniques as they play with their child (Parent-Child Interaction Therapy, 2012, s.p.)

Les recherches indiquent que les parents qui utilisent des techniques de discipline plutôt axées sur le négatif et l'agressivité démontrent un taux plus élevé de difficultés d'attachement et de comportements chez l'enfant maltraité ou traumatisé (Thomas et Zimmer-Gembeck, 2012). D'ailleurs, la recherche indique que les techniques behavioristes qui sont plus souvent utilisées dans les agences communautaires, comme par exemple les sessions psycho éducationnelles ou des systèmes de motivation pour les parents ne sont pas efficaces afin de faire diminuer les symptômes des traumatismes, et en effet, font augmenter l'anxiété et les symptômes d'hypervigilance.

Un troisième modèle de traitement utilisé pour traiter les traumatismes est le *Combined Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (Cadeuce, 2013, p. 9). Ce type de traitement combinant thérapie et médication, cible les enfants ayant vécu des abus et des traumatismes multiples, tels

des abus sexuels, de la violence ainsi que des abus physiques. Les SSRI ou Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, présentent moins d'effets secondaires aux niveaux antihistaminiques, anticholinergique, et anti-alpha adrénergique. Il y a des effets secondaires dus à l'augmentation de la sérotonine stimulant trois récepteurs au niveau postsynaptique. « La stimulation des récepteurs 5-HT1A a comme effet bénéfique d'atténuer la dépression, l'anxiété et les pensées obsédantes » (Cadeuce, 2013, p. 9). Cette médication est utilisée en combinaison avec le traitement cognitif comportemental afin d'appuyer les enfants et les adolescents ayant un diagnostic de stress post-traumatique avec ou sans des conditions comorbides. Ce traitement semble être plus efficace chez les filles âgées de dix à dix-huit ans que chez les garçons. Le traitement cognitivo-comportemental peut être défini comme étant une psychothérapie axée sur la modification des pensées et des comportements problématiques. En utilisant des principes scientifiques afin de traiter et de modifier le comportement, la thérapie cognitive-comportementale cherche à trouver la solution au problème actuel, et par la suite de trouver les raisons de leur origine dans le passé. Une bonne relation thérapeutique est recommandée afin d'assurer la réussite de ce modèle de traitement.

Un quatrième modèle de traitement retrouvé dans la littérature est celui du *Trauma Systems Therapy* (Saxe. 2015, s.p.). Ce mode de traitement est un modèle de traitement clinique. Ce modèle est défini comme étant un modèle compréhensif qui sert à traiter les détresses traumatiques chez les enfants et les adolescents. Plus spécifiquement, ce modèle ajoute une approche individuelle qui s'applique aux systèmes environnementaux de l'enfant. Il conceptualise le développement d'un système de traumatismes qui inclut deux éléments importants. Premièrement, l'enfant traumatisé qui n'est pas en mesure de régler ses émotions et, deuxièmement, l'environnement social qui n'est pas prêt à l'accueillir. Le *Trauma System* est utile lorsque l'enfant traumatisé n'est pas dans la mesure de gérer ni ses émotions, ni ses

comportements, et en plus, n'a pas l'appui de son environnement social (Saxe. 2014, s.p.). Les resultants obtenus par le *Trauma System* sont probants :

TST patients showed a much longer committed enrollment time versus the patient in basic therapy by almost 90%. The key to success is preventing dropout; this is a long process and significant evidence-based treatment needs at least eight sessions. Children with emotional trauma tend to come from substance abuse families and lower income. This makes it hard for parents to be committed to TST, particularly if they struggle with addiction or abuse themselves. Children have shown significant progress just by the one-on-one attention during TST; a child's social environment is crucial to his or her success in treatment. Results vary in different social levels of the country, different families and what each child has experienced and its severity (WIKIPEDIA, 2015, s.p. *Trauma Systems Therapy*)

En conclusion de ce chapitre, le modèle de traitement initié par la travailleuse sociale ou le travailleur social devrait varier selon les besoins thérapeutiques de l'enfant et de sa famille ou de ses soignants primaires. Selon Brière et Scott (2006), peu importe la base théorique, un traitement efficace doit avoir comme base, une approche qui est respectueuse, positive et qui servira à valider les besoins de l'enfant dans un contexte thérapeutique. Le traitement devrait aussi inclure une composante psycho éducationnelle en lien avec les traumatismes et les symptômes; il devra offrir une séance qui portera sur la réduction du stress et la régulation des émotions; il devra aussi inclure des interventions cognitives qui modifieront les perceptions et les croyances négatives afin d'offrir à l'enfant une occasion de hausser ses croyances positives. De plus, les travailleuses et travailleurs sociaux devront assurer un contexte positif où l'enfant pourra partager les détails des événements traumatiques. Finalement, le but d'un traitement thérapeutique est d'offrir les outils nécessaires permettant à l'enfant de traiter ses symptômes de traumatismes et de retrouver un état de fonctionnement psychologique approprié.

Les pratiques fondées sur l'expérience clinique permettent de réduire les symptômes des enfants traumatisés et de les traiter efficacement. Malgré la recherche qui appuie les modèles d'intervention et malgré tous les programmes développés à cet égard, mettre en œuvre ces interventions dans la pratique n'est pas chose facile. Selon Brown et Whitaker (2012), les enfants maltraités ou traumatisés dans les systèmes des services publics, tels que ceux de la Société de l'aide à l'enfance, font partie d'une majorité d'enfants retrouvés dans la population générale qui souffrent de traumatismes. Les pratiques et interventions utilisées dans les programmes de santé mentale des secteurs publics sont plus souvent axées sur modèles didactiques, genre apprentissage en salle de classe, et non pas nécessairement selon les modèles offrant les meilleures pratiques. Certes, ces programmes peuvent être utiles dans le contexte behavioriste. Les comportements néfastes peuvent être réduits avec ce genre de modèles et de programmes. Par contre, lorsqu'on examine les enfants traumatisés ou les enfants éprouvant des troubles de l'attachement, ce n'est pas toujours le cas.

D'ailleurs, dans la pratique de service social dans la communauté de Sudbury et dans le contexte rural du nord de l'Ontario, les programmes axés sur les comportements sont nombreux. Les programmes comme PPP. (*Positive Parenting Program*) (Triple p positive parenting program, 2015) ou les techniques d'intervention telles que la thérapie cognitivo-comportementale, et ceux de la réduction de l'anxiété sont accessibles par de nombreux parents ou enfants qui utilisent les agences communautaires. Ce sont des approches plutôt universelles qui ne sont pourtant pas efficaces pour des pathologies plus complexes comme celles des troubles de l'attachement ou des traumatismes.

Malheureusement, lorsqu'on examine les interventions qui sont disponibles pour les enfants traumatisés et pour ceux qui sont atteints d'un trouble de l'attachement, elles ne sont accessibles. Les travailleuses sociales et travailleurs sociaux qui travaillent dans les agences communautaires du nord de l'Ontario, et même celles et ceux qui

travaillent dans le milieu scolaire font face à des cas sévères de traumatismes chez les enfants, soit dans les contextes d'abus, de traumatismes chroniques ou d'accidents. De plus, les troubles de l'attachement sont de plus en plus communs chez les enfants. Ces enfants requièrent des traitements efficaces afin d'assurer une bonne continuité tout au long de leur vie. Mais comment le faire si les modèles ne sont pas disponibles aux travailleuses sociales et travailleurs sociaux de la communauté du nord de l'Ontario ?

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Ce chapitre offre un retour sur l'adéquation entre la méthodologie utilisée, la recension intégrative des écrits et le développement du mémoire. On aborde brièvement une discussion sur les troubles de l'attachement et les traumatismes vécus durant l'enfance puis, on voit certaines des barrières qui se présentent aux intervenantes et aux intervenants lorsqu'ils doivent intervenir avec des enfants aux prises avec ces problématiques, tout particulièrement dans le nord de l'Ontario. Finalement, la discussion se termine avec un retour sur les modèles efficaces d'intervention.

4.1 Méthodologie adéquate pour la recension des écrits

L'approche méthodologique utilisée dans ce mémoire, la recension intégrative des écrits, a permis de mieux cerner les concepts des traumatismes et les troubles de l'attachement, ainsi que d'offrir une synthèse des travaux scientifiques dans le domaine du service social.

Afin de mieux comprendre les concepts de traumatismes, de troubles de l'attachement, de troubles réactionnels de l'attachement, et les modèles efficaces de traitement, une recherche approfondie a été menée. En utilisant l'approche méthodologique de la recension intégrative des écrits, les informations présentées ont été cumulées de façon à les organiser, à les synthétiser et à les intégrer dans le mémoire. Chaque concept a été exploré de façon cohérente afin de ne pas manquer d'informations importantes.

De plus, les informations recueillies par l'entremise d'une recension intégrative des écrits, ont été présentées de façon de mieux comprendre l'impact de ces problématiques sur la pratique du service social et a permis un survol des acquis et lacunes dans la pratique du service social dans le nord de l'Ontario.

Par la présentation des écrits, ce mémoire tente de saisir les pistes pour de futures recherches, des pistes à explorer afin de mieux cerner certains concepts qui pourraient avoir de nombreux bénéfices pour la pratique généraliste en service social tels que les liens importants entre les traumatismes et les troubles réactionnels de l'attachement, et les implications pour le pronostic de l'enfant si le traitement de ces derniers n'est pas adéquat.

4.2 Troubles de l'attachement et les traumatismes

Les troubles de l'attachement, ainsi que les traumatismes ont été explorés dans ce mémoire. La recension des écrits sur ces sujets montre l'importance de bien comprendre les traumatismes vécus par les enfants auprès desquels les intervenantes et intervenants travaillent, et cette compréhension est un facteur clé dans le succès des interventions. Le lien important entre les traumatismes vécus à un bas âge et les troubles de l'attachement chez les enfants a aussi été explorés. Connaissant mieux maintenant le lien important entre les traumatismes répétitifs vécus à un bas âge et les troubles de l'attachement, ce lien sera utile dans notre propre pratique mais, de plus, il s'agit d'un aspect critique pour la pratique professionnelle. Comme intervenante ou intervenant, si nous n'avons pas les ressources nécessaires dans les organismes sociaux et communautaires, il est impossible d'offrir des interventions efficaces et éthiques. Qui plus est, si nous vivons dans le nord de l'Ontario, alors les enfants n'ont pas accès à des services répondants à leurs besoins. Doit-on alors les déplacer loin de leur famille afin qu'ils puissent être traités ?

Pour moi, auteure de ce mémoire, cette formation a été une première étape. Pour être en mesure de mieux intervenir dans ma pratique auprès des enfants, j'ai fait les démarches pour être formée dans quelques-uns des modèles d'intervention mentionnés dans le mémoire (modèle psychothérapie développementale dyadique, l'approche dynamique maturationalnelle de Crittenden, de Child-Parent Psychotherapy, Parent-Child Interaction Therapy, de Combined Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI), Trauma Systems Therapy).

Sans ces formations nécessaires dans la pratique, et selon les recherches présentées dans ce mémoire, mes interventions n'auraient pas été efficaces, et elles auraient pu nuire au bon développement de l'enfant. Pourtant, dans les cas les plus graves, il n'en reste pas moins que l'on doit déplacer les enfants dans les centres urbains offrant plus de services que nous ne pouvons le faire en région.

D'où l'importance, que nous avons maintes fois soulignée, d'avoir accès à une formation de base et à une formation plus spécialisée. Chaque profession semble avoir ses spécialisations. Par exemple, les médecins sont spécialisés selon leurs pratiques (chirurgie, médecine familiale, pédiatre, etc.). Par contre, les travailleuses et travailleurs sociaux interviennent généralement à partir d'une approche plutôt généraliste. Il nous semble qu'il serait préférable que dans la formation universitaire, il y ait des domaines de spécialisations. Il pourrait y avoir une spécialisation en traumatismes, en troubles de l'attachement, sur les problèmes d'anxiété, etc. Cette spécialisation permettrait de recevoir la formation nécessaire pour mieux servir certaines des clientèles qui se présentent à elles et eux.

À l'heure actuelle, les lacunes dans la formation font que les travailleuses et les travailleurs sociaux font partie du problème, celui que les clients reviennent année après année, sans qu'ils n'aient pu les aider à solutionner leurs problèmes. Il s'agit d'un exemple parfait de la pente glissante de Steinhauer (1996) mais attribuée aux intervenantes et intervenants... on suggère ainsi qu'elles et ils n'ont la formation nécessaire pour bien accueillir un enfant qui vit des séquelles de traumatismes et de

troubles de l'attachement, ni la famille ou les parents nourriciers. L'enfant est vu et revu, l'enfant est déplacé et déplacé de nouveau et de nouveau, et le cycle continue... C'est donc, en quelque sorte et aussi le cycle des intervenantes et intervenants. Comme elles et ils n'ont pas la formation nécessaire pour bien desservir l'enfant, on tente de les aider mais sans avoir les bons modèles et les ressources. Les comportements de l'enfant peuvent s'aggraver. L'enfant, par l'entremise de ses parents, cherche encore un traitement efficace. Il retrouve alors une ou un autre travailleur social qui à son tour n'est pas adéquatement formé.

4.3 Barrières des travailleuses et travailleurs sociaux à toutes les étapes de l'intervention

Lorsque nous travaillons dans le système de soins dans notre communauté de pratique en service social dans le nord de l'Ontario, il devient vite apparent de voir où les barrières se trouvent lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès des usagers et usagères. Entre autres, quelques-unes de ces barrières sont celles des professionnelles et professionnels de l'intervention en service social. En effet, trop souvent, nous, comme, professionnelles et professionnels, pourrions blâmer la personne qui utilise nos services de ne pas vouloir changer, de ne pas faire ce qui est nécessaire afin d'améliorer sa situation, de ne pas prendre les moyens afin d'améliorer son bien-être, alors que souvent la personne peut ne pas avoir la capacité ou les moyens nécessaires pour le faire à ce moment. Dans le cas des enfants, nous pourrions blâmer les parents et leur manque d'implication dans le traitement de leur enfant, ou encore nous les rendrons responsables de la santé mentale de l'enfant affecté. Comme professionnelles et professionnels, il arrive que nous nous prononcions comme des experts dans ce domaine, comme les maîtres de la connaissance dans le domaine de la santé mentale. Ces pensées et actions fautives deviennent nos propres barrières pour ces familles dont nous sommes le soutien. Nous pouvons être notre propre ennemi

parce que ces barrières nous empêchent de voir que nous sommes celles et ceux qui ont travaillé à faire monter ces barrières pour les familles en besoin.

Les barrières des travailleuses et travailleurs sociaux peuvent aussi s'ériger à travail les phases de l'intervention. Afin de les illustrer, nous avons recours au modèle de vie pour la pratique du service social de Germain et Gitterman (2008). Germain et Gitterman divisent le processus d'aide en quatre phases d'intervention : la phase préliminaire, la phase initiale, la phase continue et la phase de la terminaison.

La phase initiale est la plus importante de toutes les phases puisqu'elle est au fondement de la relation entre l'intervenante ou l'intervenant et la cliente ou le client, c'est durant cette phase que la relation sera établie. Comme intervenante ou intervenant, leur rôle dans la phase initiale est de créer un environnement pour que la personne se sente en sécurité et qu'elle se sente comprise. Or, cette phase est teintée des dispositions de l'intervenante, de ses ressources cognitives, affectives ou éthiques, et des connaissances qu'elle peut avoir acquies sur une problématique donnée, entendue ici comme étant celle des troubles réactionnels de l'attachement ou des traumatismes. Ainsi, la relation est empreinte des questions préalables que se posera l'intervenante : Qu'est-ce que je connais de la problématique de l'enfant ? Quels sont mes stéréotypes par rapport à cette problématique ? Quels sont mes sentiments ? Est-ce de l'insécurité, de l'anxiété ou s'agit-il d'être fascinée ou d'être intéressée ? Ces questions ont un impact sur le développement de la relation. Par ailleurs, le niveau de connectivité entre la thérapeute et le client (l'enfant) est trop souvent perçu comme une étape qui peut être oubliée ou survolée à l'intérieur des agences communautaires et des environnements scolaires. Lorsque cette étape est évincée ou qu'elle ne reçoit pas tout le niveau d'importance requis, l'enfant et la famille avec laquelle nous travaillons ne se sentiront pas assez en sécurité, ils ne se sentiront pas invités à s'engager dans la phase de traitement parce que, et pour toutes sortes de raisons, l'intervenante ou l'intervenant n'a pas été apte à développer une

relation avec le client. Par ailleurs, dès le départ, lorsqu'une intervenante ou un intervenant prépare son dossier, elle ou il ne peut le faire sur une base intuitive ou sans fondements théoriques, cela pourrait aussi bloquer le développement de la relation.

Pour les travailleuses et travailleurs sociaux, dont l'empathie est une qualité essentielle dans la création et la continuation de la relation, l'exercice de comprendre la réalité telle que perçue par l'autre, doit être réalisé de façon éclairée et contrôlée pour éviter de tomber dans la contagion émotionnelle, qui mettrait à risque les travailleuses et travailleurs sociaux, c'est-à-dire d'être submergés par des émotions pouvant affecter leur jugement (Doherty, 1998). Comme l'intervenante ou l'intervenant travaille fort pour développer le niveau d'empathie requis pour établir la relation et mettre en place le processus d'intervention, aux yeux des personnes qui demandent un service, l'intervenante ou l'intervenant est impliqué et alors, la personne (l'enfant ou la famille) peut se confier parce que la relation est fondée sur l'empathie et la confiance, comme éléments fondamentaux de la relation. Il s'agit d'une relation réciproque qui aura du succès dans la création du changement à l'intérieur du client. Par exemple, un enfant qui vit des troubles réactionnels de l'attachement pourrait croire que toutes les personnes, même les intervenantes ou les intervenants vont le rejeter. Dans une situation semblable, il y a fort à parier que cette première phase de la relation sera longue à établir pour l'intervenante ou l'intervenant, car la confiance n'est probablement pas au rendez-vous, le niveau émotionnel de l'enfant étant trop élevé, ou affecté. Il est donc crucial que la relation soit bien établie et que l'enfant sente et vive un sens de réciprocité.

L'empathie anticipatoire est décrite par Gitterman et Germain (2008, p. 140-142), et elle est divisée en quatre catégories. La première étant l'identification. Cette catégorie permet aux intervenantes et intervenants de comprendre l'empathie : « je ne suis pas l'autre », et offre la capacité de percevoir la situation de l'autre telle qu'elle la vit, de

sentir ou de comprendre ce que le client vit ou pense. Durant cette phase, la travailleuse ou le travailleur social doit travailler diligemment afin de démontrer de l'empathie à l'enfant où qu'il se trouve dans le moment présent. Il est crucial, à ce moment-là, de laisser toutes formes de jugement de côté et d'offrir des réponses adaptées et empathiques permettant de diminuer l'intensité émotionnelle, de comprendre la situation de l'enfant ou de sa famille d'une manière significative. Ce faisant, il permet à l'enfant ou à sa famille d'accéder à un second niveau de connectivité qui est la phase de l'incorporation. Cette phase invite le thérapeute à bien cerner les sentiments que l'enfant peut ressentir et bien les refléter, à comprendre les sentiments et les émotions et à les partager. Cette expérience partagée devient critique dans le processus d'intervention afin d'assurer une certaine guérison. Comme l'intervenante ou l'intervenant possède l'habileté de sentir son jugement et ses perceptions du monde, cette habileté devient critique dans une intervention vécue avec succès. « As a therapist, having the skill set to be able to be mindful of our own judgements and perceptions of the world is critical in successful intervention » (Gitterman, et Germain, 2008, p. 142). Sans la capacité de pouvoir être ouvert à la possibilité que le travailleur ou la travailleuse sociale apporte dans l'intervention, ses propres perceptions, l'intervention risque être moins efficace. Toutes les personnes apportent avec elles une opinion et des valeurs personnelles qui peuvent être reflétées dans la pratique. Sachant cela, il est primordial que les intervenantes et intervenants soient conscients de leurs biais. Comme exemple, si la travailleuse ou le travailleur social a vécu un abus sexuel dans son enfance, et que son client est l'agresseur d'un enfant, il ou elle devrait pouvoir trouver des stratégies d'adaptation afin de ne pas mélanger ses propres émotions ou valeurs dans l'intervention avec le client. Choses difficiles à mettre en place, mais tout à fait nécessaires dans la pratique de service social.

Ayant dit cela, selon Gitterman et Germain (2008), vivre l'expérience personnelle de l'enfant ou du client pourrait être aussi une intervention efficace, celle de la catégorie de la réverbération ou du reflet. Celle pendant laquelle la travailleuse ou le travailleur social tente de comprendre l'expérience personnelle de façon à pouvoir la refléter à l'enfant, à agir comme un miroir pour l'enfant. En s'attachant émotionnellement à l'expérience personnelle de l'enfant, cela change la perspective de l'intervenant ou de l'intervenante car elle la rend compréhensible, l'enfant réalise qu'on le comprend vraiment. De plus, cela permet à l'enfant d'acquérir une certaine distance ou un certain détachement tout en rendant l'expérience vivante. Ceci aide à comprendre mieux l'enfant dans sa propre expérience vécue. Sans ces capacités de réverbération et d'empathie, il devient alors difficile pour l'intervenante ou l'intervenant de démontrer à l'enfant qu'il a bien cerné et compris ce qu'il a partagé avec lui.

Par ailleurs, il ne faut pas omettre le concept de traumatismes secondaires que peuvent être vécus par les travailleurs et les travailleuses sociales, ainsi que le contretransfert qui peut se manifester durant les rencontres d'intervention.

Vicarious trauma is the transformation of the therapist's or helper's inner experience as a result of empathetic engagement with survivor clients and their trauma material. Simply put, when we open our hearts to hear someone's story of devastation or betrayal, our cherished beliefs are challenged and we are changed (Saakvane et Pearlman, 1996, cité dans Gilmore, 2011, p. 3).

Ce traumatisme secondaire ou vicariant est un phénomène qui se déroule lors des sessions avec des personnes ou des enfants ayant vécu des traumatismes, plus souvent encore lorsque l'intervenante ou l'intervenant a été victime d'un traumatisme similaire à celui vécu par le client. Il est donc très important pour l'intervenante ou l'intervenant d'avoir l'appui de son équipe de travail, et qu'elle ou il puisse accéder des services de soutien au besoin. Si non, l'intervenant ou l'intervenante deviendra

inefficace face à l'intervention auprès d'une personne, et pourrait aussi vivre des séquelles négatives sur sa propre santé mentale.

La dernière catégorie, selon Gitterman et Germain (2008), est celle de la terminaison et du détachement. Cette catégorie est celle de l'analyse logique et objective de la situation, et elle est trop souvent la trappe dans laquelle les intervenantes et intervenants sont pris lorsqu'ils travaillent dans des agences sociales et communautaires. Nombreux sont celles et ceux qui ont tendance à investir beaucoup trop d'énergie à essayer de comprendre ce qui ne va pas chez client, en omettant d'investir dans la relation entre eux et la personne qui demande de l'aide (l'enfant ou la famille). Ainsi, par la suite, lorsqu'on ne voit pas de changement chez l'utilisateur ou l'utilisatrice, le changement que nous avons espéré ou anticipé, après l'avoir aspergé de nos connaissances magistrales au sujet de leur propre santé mentale, nous avons tendance à placer le blâme sur l'utilisateur en disant qu'il ne peut pas être ouvert au changement ou qu'il n'était prêt à l'intervention et aux changements à faire. Par la suite, on ferme le dossier en indiquant dans le résumé de la situation : que le client n'est pas engagé ou qu'il n'est pas prêt à se commettre au traitement. Dans une situation, par exemple celle d'un trouble réactionnel de l'attachement ou d'un traumatisme, cela pourrait mener à un rejet, un de plus dans la vie de l'enfant. Par exemple, un enfant ayant vécu de la négligence et de l'abus reçoit des services. Après quelques rencontres, un lien se développe entre l'enfant et l'intervenante ou l'intervenant. Débute alors l'évaluation des besoins thérapeutiques de l'enfant. L'enfant est réceptif. Par contre, quelques sessions plus tard, le parent arrête d'amener l'enfant de façon constante. La politique de l'organisme dicte que si le parent manque plus que trois rencontres d'intervention, le dossier doit être fermé par manque d'engagement de sa part. Par contre, l'enfant a toujours bien participé aux rencontres et il faisait le travail de traitement nécessaire. Malgré son implication dans l'intervention, le dossier doit être fermé et ce sans même en parler avec l'enfant. Cet enfant ayant vécu de la négligence, a développé un manque de confiance envers les

adultes. Il revit de nouveau un rejet de la part d'un autre adulte, qui concrétise de nouveau ses sentiments face au monde qui l'entoure : il ne peut se fier à personne.

Dans la même veine que le processus d'aide décrit par Gitterman et Germain (2008), dans la psychothérapie développementale dyadique de Hughes (2014), la relation dyadique réciproque est aussi la base d'une intervention efficace. Hughes rappelle l'importance de la relation, celle entre l'intervenante ou l'intervenant et l'enfant, entre le parent et l'enfant, et celle entre l'intervenante ou l'intervenant et le parent comme étant les éléments centraux afin d'atteindre des résultats positifs à la fin de l'intervention. « We cannot expect young people to learn the relationship skills that they need if they are in relationships with adults who are not using congruent skills » (Hughes, 2014, p. 3). Cette dernière affirmation peut et devrait être appliquée à toutes les relations de travail. Lorsqu'un individu s'investit dans une relation pendant que l'autre demeure fermé, alors un changement efficace ne peut pas avoir lieu. Cependant, si la réciprocité se trouve dans la relation, alors un processus plus cohérent peut s'établir.

Alors que Gitterman et Germain (2008) divisent le processus d'intervention en quatre phases, Hughes (2008) divise le processus d'intervention en huit phases : le développement émotionnel ; la réparation de la relation ; l'acceptation du confort ; l'augmentation de la prise de conscience de la vie intérieure des autres ; l'augmentation et l'organisation plus claire de sa biographie; l'initiative, et finalement l'auto-découverte de soi. Cependant, que ce soit dans le modèle de Hughes ou dans celui de Gitterman et Germain, le plus important, dans les deux modèles, est la construction de la relation entre l'enfant (ou l'utilisateur et l'utilisatrice) et l'intervenante ou l'intervenant. Selon Gitterman et Germain (2008), une intervenante ou un intervenant compétent et efficace sera capable d'examiner toutes les données disponibles concernant l'utilisateur ou l'utilisatrice (son histoire), comprendra la réalité de cette ou ces personnes à partir de l'identification, de l'incorporation, de la réverbération, et du

détachement, il sera apte à répondre aux indices verbaux et non verbaux de la personne, et démontrera un intérêt dans ses histoires ou narratifs en utilisant un langage corporel, des expressions faciales et des gestes, il offrira une session ininterrompue et, finalement, fera en sorte que la personne soit la bienvenue.

4.4 Barrières au sein des institutions du nord de l'Ontario

Dans le nord de l'Ontario, dans plusieurs de ses communautés rurales et urbaines, une des barrières les plus difficiles à surmonter comme intervenante et intervenant sont les attentes de la plupart de nos propres organismes sociaux et communautaires, comme de celles des écoles. En effet, il leur est important que nous puissions rencontrer les familles et les enfants aussi tôt que possible afin de répondre rapidement à leurs besoins, bref, que nous puissions ouvrir et fermer les dossiers de ces personnes afin de procéder au cas suivant. Certes, nous comprenons les contraintes financières liées à cette situation. Toutefois, cette situation est dommageable à notre pratique comme à la clientèle des services. En effet, cela force les intervenantes et intervenants à faire des interventions qui peuvent souvent ne pas être aussi efficaces que souhaitées, pouvant ainsi causer plus de tort que de bien. Par exemple, dans les situations où les enfants sont aux prises avec des troubles de l'attachement ou des traumatismes, nous savons que ce type d'intervention doit se faire sur une longue période afin d'assurer une certaine guérison. Cependant, aux yeux du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse ou du ministère de l'Éducation, ouvrir et fermer rapidement les dossiers équivaut, entre autres à une question financière. Somme toute, la pratique en service social est négativement influencée par les directives que soutiennent ces ministères, plus particulièrement lorsqu'il s'agit des enfants ou des jeunes qui souffrent de problèmes graves mais qu'on doit rapidement traiter. Dans ces situations, des soins à court terme ne permettent guère de les soutenir adéquatement.

Éthiquement, nous sommes redevables à un ordre professionnel dont l'objectif est celui d'améliorer la vie des personnes que nous servons et qui doivent être traitées avec dignité et respect, et dont les problèmes sont traités de manière efficace, efficiente et en temps opportun (Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, 2015). Pourtant, notre pain et notre beurre viennent avec le maintien d'une courte liste d'attente. Par ailleurs, comment peut-on s'attendre à ce que les familles et les enfants investissent dans leur traitement, lorsque des intervenantes ou intervenants sociaux ne peuvent pas investir le temps nécessaire, à moyen ou longs termes, à leur traitement ? Comme on peut l'observer lorsqu'on regarde les statistiques de la majorité des organismes sociaux ou des commissions scolaires, le manque d'implication initiale avec le client (l'enfant) devient clair et ce même lors que la liste et le temps d'attente des services diminuent. Par ailleurs, le nombre de clients qui reviennent chercher des services dans une même année est étonnant. Le fait qu'une clientèle redemande à plusieurs reprises des services ne reflète en aucun cas la clientèle ou la capacité qu'ont les familles ou les enfants de suivre les recommandations du traitement. Plutôt, cela reflète que le temps de traitement est insuffisant, et que les besoins des enfants ou des familles ne sont pas comblés.

Cependant, en dépit des défis et des barrières, des protocoles des agences sociales ou de celles des commissions scolaires, il n'en reste pas moins que c'est souvent l'enfant ou la famille qui sont blâmés pour le manque de succès suite à l'intervention ou pour leur manque d'implication dans l'intervention, ce qui est profondément ironique c'est que l'enfant ou la famille soit blâmés alors que l'organisme qui offre des services ne l'est pas. Quelle responsabilité sociale avons-nous pour offrir des soins adéquats à nos enfants ? Ce dont il s'agit n'est pas une question de blâme mais une question de justice sociale, les enfants et leurs familles ont le droit de recevoir des services et les organismes de services sociaux celui de les offrir, en dépit du temps à accorder afin que les services soient mieux adaptés aux besoins des enfants et des familles. La

barrière c'est le manque de traitement à moyen ou long termes afin de servir efficacement les enfants et les familles et parvenir à un certain processus de guérison.

4.5 Barrières pour les personnes en besoin de services

Dans leur modèle de vie de la pratique du service social, Germain et Gitterman (2008) décrivent l'importance d'une pratique fondée sur les choix des personnes qui demandent des services. Ils discutent de quatre modalités : l'intervention individuelle, familiale, de groupe et collective (Du Ranquet, 1991). Pour Germain et Gitterman (2008), il s'agit d'une question de choix et confort qui sont des facteurs significatifs lorsqu'il s'agit de déterminer les modalités de l'intervention qui seront mises en place. Certaines de ces modalités incluent, par exemple, la modalité individuelle laquelle deviendra le soutien des personnes qui sont en situation de stress intense et qui nécessitent beaucoup de contacts, ou encore les personnes qui ont besoin d'une relation à long terme, ou celles qui sont en état de crise. Imaginons la rencontre avec un adolescent qui vit un trouble modéré d'attachement. Après avoir discuté avec lui, on constate qu'il a peu de communication avec ses parents depuis longtemps et, peu à peu, il parle du fait qu'il a été négligé de leur part. Ainsi la modalité individuelle permettra à l'intervenante ou l'intervenant de travailler avec le jeune mais pourrait dans un second temps, travailler avec la famille.

La modalité familiale deviendra la modalité la plus appropriée pour les familles lorsque les stressors apparaissent particulièrement lors des difficultés de communication à l'intérieur de la famille où lorsque le stress a commencé à l'intérieur des dynamiques familiales. Dans les cas de troubles de l'attachement ou de traumatisme, cette modalité est souvent privilégiée, qu'il s'agisse de la famille biologique ou de la famille d'accueil. La modalité de groupe deviendra la plus appropriée pour les personnes qui partagent un ensemble commun d'événements traumatisants. Et finalement, la modalité communautaire supportera le changement

dans la communauté (Gitterman et Germain, 2008). Dans les problématiques qui nous préoccupent, il est plus rare que ces deux dernières soient privilégiées. Toutefois, au niveau communautaire, l'éducation, la sensibilisation et la prévention des troubles de l'attachement ou des traumatismes devrait être une question à l'ordre du jour des services sociaux.

Malheureusement, le mandat des intervenantes et intervenants est à court terme, centré sur une thérapie orientée vers les solutions qui est une approche utilisée et commune au sein des agences sociales et communautaires et du milieu scolaire. Elle fait partie du mandat et de la pratique. Avec ces lignes directrices, il est souvent et parfois impossible d'être une intervenante ou un intervenant efficace. Par ailleurs, il est commun qu'une intervenante ou un intervenant d'une agence de services sociaux travaillant en milieu scolaire de soutenir une charge de 60 cas, ou plus, tout en étant responsable de plusieurs écoles et devant, de ce fait, se déplacer de l'une à l'autre. Le nombre de personnes à soutenir devient exponentiel. Or, tous ces cas et dossiers doivent ouverts, traités et ensuite fermés sur une courte période de temps, soit de quatre à six rencontres. Par ailleurs, même la thérapie orientée vers les solutions utilisée à court terme peut être efficace dans certains des cas qui présentent des éléments d'anxiété, des stressors de vie, de construction d'habiletés sociales etc., elle n'est pas l'approche la plus efficace lorsqu'on fait face à de hauts niveaux de stress traumatique, ou de troubles de l'attachement, parce que ces deux problématiques requièrent un traitement plus long et plus intense, utilisant souvent une modalité individuelle et une modalité familiale, tout en tentant de travailler avec les écoles et leur personnel.

4.6 Formation des travailleuses et travailleurs sociaux

Dans ce mémoire, on soutient que même si les travailleuses et travailleurs sociaux ont reçu une formation généraliste afin de traiter des traumatismes spécifiques ou des stressors de vie en utilisant une thérapie orientée vers les solutions à court terme, elle et ils ne sont pas formés pour traiter des problématiques beaucoup plus complexes comme celles des traumatismes ou des troubles de l'attachement sévères. Elle et ils n'ont pas non plus l'option d'utiliser la modalité individuelle et de traiter le client ou l'enfant basé sur ses propres besoins. Plus souvent, elles et ils sont contraints dans des traitements individuels à utiliser une forme d'intervention similaire pour tous les enfants, peu importe la situation individuelle, limitant le succès et des résultats de traitement positifs. En d'autres mots, en dépit du fait que chaque client ou enfant cherche des services d'intervention pour des raisons qui lui sont personnelles, l'approche d'intervention utilisée n'est pas toujours individualisée. D'ailleurs, les intervenantes et intervenants doivent souvent, à cause de questions de temps limité, réutiliser des plans d'intervention d'un autre client ou enfant, qui sont déjà préétablis, pour des problèmes semblables.

Par ailleurs, selon le *Code de déontologie de l'Ordre des travailleurs sociaux et techniciens en travail social* de l'Ontario, toutes et tous doivent répondre aux normes minimales de pratique et de conduite professionnelles qui sont les suivantes :

Code de déontologie de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social :

1. (...) considérer l'intérêt du client comme son obligation professionnelle fondamentale;
2. (...) respecter la valeur intrinsèque des personnes à qui il fournit des services dans le cadre de ses rapports professionnels avec elles;

3. (...) s'acquitter de ses obligations et devoirs professionnels avec intégrité et objectivité;
4. (...) avoir et maintenir la compétence nécessaire pour fournir au client un service en travail social ou en techniques de travail social;
5. (...) ne (...) pas se servir de la relation qu'il a avec le client pour en retirer avantage, gratification ou gain personnels;
6. (...) protéger le caractère confidentiel de tous les renseignements acquis dans l'exercice de sa profession (...) ne (...) divulguer ces renseignements que s'il y est contraint ou autorisé par la loi, ou lorsque les clients ont consenti à une telle divulgation;
7. (...) ne doit pas laisser ces intérêts extérieurs nuire à sa relation professionnelle avec le client;
8. ne doit pas fournir des services en travail social (...) d'une manière qui discrédite la profession de travailleur social (...) ou qui diminue la confiance du public envers l'une ou l'autre de ces professions;
9. (...) recommande des conditions de travail et des lignes directrices qui sont conformes au Code de déontologie et aux Normes d'exercice de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario;
10. (...) encourage l'excellence dans leurs professions respectives;
11. (...) préconise des changements dans l'intérêt véritable du client et pour le bien général de la société, du milieu et de toute la communauté » (Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario, 2015, p. 1-21).

Certaines de ces normes s'appliquent plus particulièrement dans ce mémoire.

Même si les intervenantes et intervenants sont guidés par le *Code de déontologie*, les modèles d'intervention utilisés et le temps accordé par les organismes sociaux et communautaires pour implanter les interventions chez le client, ne vont pas main dans la main. Afin de pouvoir répondre aux normes de pratique, on doit pourvoir développer les compétences nécessaires pour fournir au client un service, surtout ici

auprès de personnes aux prises avec des troubles sévères d'attachement ou de traumatismes sévères, les intervenantes et intervenants doivent avoir les ressources et maîtriser les habiletés nécessaires pour pouvoir le faire.

Nous avons vu, dans les chapitres précédents les résultats de la recension des écrits les plus critiques sur les troubles de l'attachement et les traumatismes complexes et par ce, avons discuté de l'importance des théories et des techniques sur ce sujet. Or, ces théories et les modalités d'intervention pour traiter les enfants et les familles ont des limites, surtout dans le nord de l'Ontario. En effet, une de ces limites est que dans le nord de la province, comme dans les communautés de cette région particulière, les intervenantes et intervenants ne sont pas formés afin d'utiliser ces modèles d'intervention, ils n'ont pas non plus les fondements théoriques nécessaires sur les désordres de l'attachement, et encore moins sur les désordres sévères d'attachement ou sur les traumatismes graves dans l'enfance. Comment alors peut-on leur offrir les services appropriés à leurs situations et besoins ? Mais surtout, comment peut-on répondre aux besoins des personnes et s'acquitter des devoirs et obligations professionnelles ?

Afin de voir comment on tente de maintenir les compétences des travailleuses et travailleurs sociaux, prenons à titre d'exemple la communauté du Grand Sudbury localisée dans le nord de l'Ontario. Dans cette communauté, certains organismes ont exploré la possibilité d'offrir de la formation sur les traumatismes complexes durant l'enfance. La formation sur les traumatismes et les traumatismes complexes a été offerte à partir du modèle du Centre Geraldine Crisci. Geraldine Crisci (M.S.W.) est une professionnelle reconnue dans le milieu. Elle œuvre depuis 30 ans dans le domaine de la traumatologie et de la santé mentale. Praticienne dans le privé, elle se spécialise dans la lutte contre l'impact des traumatismes sur le comportement des enfants et des jeunes. À cette fin, elle développe des programmes cliniques pour fournir aux enfants, aux jeunes et à leurs familles avec une intervention thérapeutique

efficace corrective (Crisci, 2007). Dans la formation qu'elle offre, l'intervenante ou l'intervenant est impliqué dans une situation de type atelier de travail où sont offerts les éléments de base du traitement des traumatismes, l'évaluation et les outils psychométriques utilisés, l'information collatérale requise durant la période d'évaluation, les diagnostics précédents, et comment conduire adéquatement une entrevue avec un enfant ou un jeune. Quelques agences sociales de Sudbury et partenaires communautaires ont assisté à cet entraînement offert par Géraldine Crisci (2015). Cette formation a permis de développer une approche plus collaborative afin de pouvoir intervenir dans cette communauté. Cette formation, malgré sa qualité informative et importante, demeure pourtant insuffisante. Car on n'a pas accès au niveau d'entraînement requis pour compléter une évaluation efficace du traumatisme et pour maîtriser l'ensemble des outils nécessaires pour le traitement approprié des traumatismes. Seule une formation assurée d'un suivi supervisé pourrait permettre d'aller plus en profondeur.

Dans la communauté du nord de l'Ontario, il semble bien que l'auteure de ce mémoire ait été la seule personne avoir reçu cette formation et qui soit apte à faire l'évaluation d'un traumatisme et le traitement basé sur ce modèle particulier. Elle semble bien être la seule à avoir reçu la pleine certification d'un programme d'externat. Cependant, pour recevoir cet entraînement extensif et nécessaire, cette auteure a été responsable de le suivre selon sa propre motivation et pour se tenir au courant du traitement le plus adéquat et des modalités de l'évaluation. On peut certainement dire que peu de personnes soient formés de telle façon dans l'ensemble du nord de la province. Finalement, en utilisant un modèle intégré pour l'évaluation et le traitement du traumatisme, le programme de certification donne à la personne entraînée un large choix de composantes théoriques qui touchent aux meilleures pratiques, aux théories de l'attachement, et aux effets des traumatismes sur le développement du cerveau, sur les abus sexuels, sur les mauvais traitements et sur la négligence envers les enfants. Cette formation extensive explore les composantes

suivantes : les éléments critiques du développement de l'enfant et l'impact des traumatismes, l'impact neurologique des traumatismes, la méthode afin d'interviewer les personnes en charge des soins et les autres personnes, l'art de collecter l'information critique, les outils d'évaluation des traumatismes, l'utilisation d'outils psychométriques, la capacité de traduire les résultats dans des plans d'intervention, la capacité d'identifier les éléments du traitement, les méthodes de traitement des traumatismes, incluant la médication et les interventions familiales, la capacité d'évaluer l'efficacité du traitement, et l'élément de prendre soin de soi.

Bref, qu'il s'agisse de cette formation ou de formations autres mais d'aussi grande qualité, il importe que les intervenantes et intervenants du nord de l'Ontario puissent en bénéficier afin de pouvoir répondre adéquatement aux besoins des personnes aux prises avec des traumatismes complexes et des troubles sévères de l'attachement. Pour l'heure, ce n'est pas le cas malgré les besoins que nous voyons dans notre pratique auprès des enfants et des jeunes.

4.7 Formation universitaire

Dans le domaine du service social, les intervenantes et intervenants doivent pouvoir développer et maintenir les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle. Une des façons de développer ses compétences est la formation universitaire offerte en service social. Or, lorsque les étudiantes et les étudiants graduent d'un programme universitaire en service social, ces gradués sont entraînés à divers cadres théoriques et problématiques sociales, à des savoirs, des savoirs faire, des savoirs êtres, des savoirs dire. Toutefois, ils n'ont pas les connaissances et les habiletés nécessaires pour être capables de faire une évaluation et une intervention sur des problématiques complexes que sont les troubles de l'attachement et les traumatismes sévères. La graduée ou le gradué doit aller chercher une formation

additionnelle à l'extérieur du milieu universitaire afin de pouvoir intervenir auprès de ces populations d'enfants.

Faut-il questionner le curriculum en service social des universités francophones de l'Ontario afin de le revoir et afin de répondre à ce besoin de formation sur les traumatismes et les désordres de l'attachement ? Faut-il le revoir dans un cadre plus large, renouvelé afin de rencontrer les besoins des jeunes aux prises avec ces problématiques et de rencontrer les besoins de formation de futurs diplômées et diplômés ?

Il nous semble que durant la formation universitaire en service social, les étudiantes et étudiants pourraient apprendre certains des fondements théoriques et pratiques typiques et nécessaires au travail dans le domaine, tout particulièrement durant la seconde année de leur programme. Par la suite, dans les années trois et quatre du programme de service social, les étudiantes et étudiants pourraient avoir l'opportunité de se spécialiser sur certaines problématiques telles : les désordres d'anxiété, les formes de traitements les plus courantes, les nouvelles méthodes d'évaluation, ou les désordres de l'attachement et ses modalités d'évaluation ou encore les traumatismes complexes, les traumatismes simples, le choc émotionnel, les éléments reliés à l'enfant et le milieu scolaire. Bref, qu'ils et elles puissent développer leurs habiletés comme futures et futurs professionnels en service social et ainsi rencontrer certains des besoins de la clientèle des enfants et des familles qui utilisent les organismes sociaux et communautaires.

Plusieurs des symptômes et des éléments cliniques mentionnés ci-dessus s'entrecroisent. En fait, la plupart des modalités d'évaluation et de traitement se reflètent, en parties du moins, les unes les autres. Cependant, l'importante distinction est que lorsque la travailleuse ou le travailleur social reçoit, par exemple, une formation en thérapie cognitivo-comportementale, elle ou il est pleinement capable

d'évaluer et d'intervenir auprès d'un individu ayant des traumatismes d'anxiété ou un traumatisme simple. Par contre, elle ou il n'aurait pas les qualifications, les connaissances de base ou la pensée critique nécessaires pour intervenir auprès d'une personne atteinte d'un traumatisme complexe, pré-verbal par exemple. Ceci ne veut pas dire que la personne ne pourrait pas tenter d'intervenir, ce que plusieurs travailleuses et travailleurs sociaux sont forcés de faire dans cette situation, mais éthiquement, et selon l'Ordre professionnel, nous ne maintiendrions pas le meilleur intérêt du client. En effet, une personne qui connaît la complexité du traitement d'un traumatisme préverbal et la théorie de l'évaluation pourrait comprendre qu'utiliser la thérapie cognitive comportementale (CBT) serait contraire à l'évaluation et au traitement du client et causerait plus de tort que de bien.

La réalité, dans la plupart des organismes sociaux et communautaires, est que les intervenantes et intervenants ont reçu une formation généraliste universitaire, et que les organismes offrent certaines formations à leur personnel. Pourtant, ces bases sont insuffisantes. Pour pouvoir avoir une formation plus approfondie, les individus sont en quelque sorte obligés d'aller les suivre de leur propre chef. Par ailleurs, elles ne sont toujours accessibles compte tenu des coûts, du temps et des efforts à fournir.

4.8 Sociétés d'Aide à l'enfance et l'adoption internationale

Hughes (2008) a développé une pléthore de connaissances et de recherches autour des désordres de l'attachement, incluent le désordre réactif de l'attachement, lequel est de beaucoup le plus complexe de tous les désordres de l'attachement qui ont été étudiés. Avoir une compréhension profonde des désordres de l'attachement est critique pour les travailleuses et travailleurs sociaux. En effet, dans la société actuelle, nous sommes bombardés de problématiques sévères qui affectent les enfants qui sont pris en charge par les Sociétés de l'Aide à l'enfance (Child Welfare Report 2008-2009). À ce titre, en 2009, des 17, 876 enfants qui reçoivent des soins des sociétés, 9,200 sont

des enfants qui sont sous la tutelle de l'État, pupilles de la Couronne. Lorsque nous regardons ces nombres, on peut avancer que de ces 17, 876 enfants, presque tous, sinon tous, ont vécu des abus ou de la négligence plus ou moins sévère de la part des personnes qui prennent soin d'eux, autrement ils n'auraient pas été pris en charge par les sociétés d'Aide à l'enfance (Ontario Association of Children's Aid Societies, 2010). On peut aussi avancer qu'un nombre de ces enfants souffrent de troubles de l'attachement, de symptômes de l'attachement ou de traumatismes plus ou moins sévères.

Dans un autre ordre d'idées, Statistique Canada (2012) indiquent que plusieurs couples canadiens choisissent de commencer ou d'agrandir leur famille à travers l'adoption internationale. En 2009, les familles canadiennes ont adopté 2 127 enfants en provenance de divers pays. Il s'agissait d'une hausse pour une troisième année consécutive (Statistique Canada, 2012). De 1999 à 2009,

Environ 8 000 de ces enfants venaient de la Chine. Après que les adoptions d'enfants chinois par des Canadiens ont atteint un sommet de 53 % en 2005, la Chine est restée le principal pays d'origine des enfants adoptés. En 2009, près de 22 % des enfants adoptés à l'étranger par des Canadiens venaient de la Chine. Parmi les autres pays d'origine figuraient les États-Unis (12 %), l'Éthiopie (8 %), le Vietnam (8 %) et Haïti (7 %) (Statistique Canada, 2012, s.p.)

Avec l'ouverture de l'adoption au niveau international, nous savons que nombreux sont ceux qui ont été victimes d'au moins une rupture, ce qui en soit est un élément de violence grave envers eux.

Au delà, certains enfants ont été victimes :

- de délaissement,
- de ruptures répétées,
- de mauvais traitements,

- d'abus sexuels.

Par ailleurs, avec l'ouverture de l'adoption dite « internationale », des enfants ayant séjourné dans un environnement hostile, orphelinats déshérités, famine, guerre, sont devenus nos enfants (Putz, 2015, s.p.).

Comment répondre aux souffrances vécues par ces enfants ? Comme nous l'avons mentionné dans les chapitres précédents, les enfants qui n'ont pas reçu les besoins primaires, n'ont pas appris à faire confiance. Les enfants qui ont vécu des séparations ou rejets développent des comportements qui les mettent en situation de rejet. Or,

Le rejet se manifeste de différentes façons selon les enfants. Il peut varier de l'indifférence totale à l'agression physique et verbale en passant par le refus de toute forme de toucher. L'enfant peut également adopter un comportement soit disant normal en présence des deux parents mais agir tout autrement en présence d'un seul des deux (Putz, 2015, s.p.).

Bref, plusieurs des enfants issus de l'adoption internationale sont des enfants qui sont aux prises avec des troubles de l'attachement plus ou moins sévères et de traumatismes aussi plus ou moins sévères, parce que maltraités par les personnes qui se sont occupés d'eux. Certes, les enfants réagissent de manière différente. Alors que certains manifestent de façon superficielle de l'affection, d'autres peuvent devenir très hostiles. Or, selon Putz :

Ce pattern est un pattern type que l'on rencontre chez les enfants qui ont vécu en milieu institutionnel. Les enfants qui ont subi par le passé des pertes au niveau affectif, travaillent très fort pour se blinder contre la douleur d'un autre rejet (2015, s.p.).

Les comportements et les besoins des enfants aux prises avec des troubles sévères de l'attachement et de traumatismes défient les professionnelles et professionnels qui sont responsables d'eux. Hugues mentionnent à ce sujet, qu'après avoir interviewé et observé un enfant particulier et l'avoir décrit comme étant une personne amicale,

charmante, affectueuse, et engageante, l'évaluation pourrait permettre de conclure que cet enfant est capable de former un attachement avec ses parents adoptifs (Hughes, 2008, p. 2). Toutefois, Hughes met en garde les travailleuses et travailleurs sociaux en leur rappelant d'être conscients des observations et des constations sur les enfants qui ont été adoptés et qui ont vécu dans une institution. Il réitère l'importance des travaux de chercheurs comme Lévy (1937), Provence et Lipton (1961) et Ainsworth (1961), qui ont de façon constante trouvé que de tels enfants sont : « superficially charming, indiscriminately friendly, and socially promiscuous » (Hughes, 2008, p. 3). Les traits particuliers trouvés chez les enfants qui ont été adoptés internationalement et qui ont soufferts de négligence et d'abus sont particuliers et ces enfants peuvent être très persuasifs dans leurs comportements. Ces enfants sont des survivants et ils mèneront aisément les parents adoptifs à assumer que « he or she wants - and is able to accept - a reciprocal and positive parent child bond » (Hughes, 2008, p.3). Hughes met en garde les intervenantes et intervenants de la façon suivante : pour une ou un thérapeute qualifié dans le domaine des désordres de l'attachement ou des traumatismes complexes, cette personne sera en mesure de comprendre de tels traits, et de communiquer aux parents adoptifs que les traits démontrés par l'enfant peuvent en fait être des signes avant-coureurs chez l'enfant qui se débat pour établir des liens attachement. Cependant, si l'on n'a pas reçu la formation adéquate, l'évaluation sera probablement inadéquate et, par déduction, le plan d'intervention le sera aussi. Ceci peut être préjudiciable non seulement au bien-être de l'enfant, mais aussi pour la famille.

4.9 Modèles d'intervention

Tout au long de la réalisation de ce mémoire, plusieurs informations importantes ont été retenues sur les modèles efficaces d'intervention en service social. Des mises en garde ont été effectuées. Parmi celles-ci, on a mentionné l'importance de bien

comprendre et évaluer les traumatismes car une intervention inappropriée pourrait être néfaste sur le développement de l'enfant. Il y aurait certes lieu que les intervenantes et intervenants approfondissent certaines notions comme par exemple, le lien entre les traumatismes et le cerveau, le fonctionnement et l'impact du stress, la régulation émotionnelle, le potentiel de changement du cerveau (la neuroplasticité du cerveau, l'importance des neurones qu'on ne connaît guère, le rôle de l'amygdale) et son impact sur le développement socio-affectif et, finalement, le fonctionnement et l'effet des médicaments sur le cerveau des enfants. Bref, de saisir la place de la neuroscience et de la neuroscience sociale pour l'intervention auprès des enfants aux prises avec des traumatismes sévères et des troubles réactionnels de l'attachement (Rodrigue, 2015).

Quelques modèles efficaces et importants pour l'intervention sur les traumatismes ont été explorés dans ce mémoire. Par exemple, Crisci et Brière et Scott utilisent un modèle qui permet à l'enfant d'explorer son traumatisme au niveau de son corps au lieu de n'utiliser qu'une perspective cérébrale. C'est un des modèles que nous utilisons souvent dans notre pratique professionnelle et qui nous a permis de réaliser des succès dans des cas très complexes. Ce fut possible à cause de la nature de l'évaluation des traumatismes chez l'enfant et l'utilisation de mécanismes des cinq sens. De plus, les interventions fondées sur l'expérience clinique sont celles qui sont les plus efficaces et démontrent le plus de succès. Celles-ci incluent les interventions de Daniel Hughes (2004, 2014), de modèle psychothérapie développementale dyadique, l'approche dynamique de maturationnelle de Crittenden (2008), de *Child-Parent Psychotherapy*, *Parent-Child Interaction Therapy*, de *Combined Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)*, *Trauma Systems Therapy*.

CONCLUSION

Ce mémoire en service social a tenté de cerner les concepts de traumatisme, dont les traumatismes sévères, et de troubles de l'attachement, et plus particulièrement le trouble réactionnel de l'attachement durant l'enfance. Ce sur quoi on a insisté c'est le lien entre les traumatismes et les troubles de l'attachement. Par ailleurs, comme dans la pratique du service social les intervenantes et intervenants doivent répondre aux besoins des enfants aux prises avec ces problématiques, ainsi qu'aux besoins des familles, on s'est aussi penché sur les modèles d'intervention pouvant être utilisés afin de soutenir les enfants et les familles dans leur démarche de guérison.

Pour répondre à ces objectifs nous avons utilisé l'approche méthodologique de la recension intégrative des écrits. Cette recension intégrative a permis de dégager les principaux constats sur ces problématiques mais aussi d'identifier les écrits en service social pouvant bénéficier à la pratique. À ce sujet, les recherches suggèrent qu'il existe plusieurs modèles d'intervention et que chaque approche cherche à mieux comprendre les traumatismes et les troubles de l'attachement et leurs impacts sur le développement chez l'enfant. L'analyse a permis de recueillir quelques-unes des principales recherches portant sur les troubles de l'attachement chez les enfants mais les recherches portant sur les troubles réactionnels de l'attachement sont trop peu nombreuses et doivent continuer à être entreprises pour outiller davantage les intervenantes et intervenants qui ont de tels enfants à soutenir. En effet, tout au long de la rédaction de ce mémoire, on constate que le manque de ressources portant sur les troubles réactionnels était significatif. Et même si les recherches de Steinhauer (1996), de Hughes (2004, 2014), et de Crittenden (2005) sont très importantes dans le domaine des troubles de l'attachement, il importe que continuent les démarches de recherche afin de mieux comprendre la complexité des troubles réactionnels de l'attachement chez l'enfant, en lien avec les traumatismes associés à ces troubles, et

les répercussions dans la vie de ces enfants et de prendre en considération la place de la neuroscience et de la neuroscience sociale dans le développement des modèles d'intervention. Certaines notions comme, par exemple le lien entre les traumatismes et le cerveau, la régulation émotionnelle, le potentiel de changement du cerveau (neuroplasticité, neurones, amygdale) et son impact sur le développement socio-affectif et, finalement, le fonctionnement et l'effet des médicaments sur le cerveau des enfants pourraient être mis en lien avec les traumatismes et les troubles de l'attachement, dont le trouble réactionnel de l'attachement. De plus, il y aurait lieu d'explorer davantage les difficultés auxquelles font face les familles des enfants atteints du trouble réactionnel de l'attachement, et l'impact significatif que ce trouble apporte à la dynamique familiale.

La discussion a permis de voir les barrières auxquelles sont confrontés les travailleurs et travailleurs sociaux lorsqu'ils doivent intervenir auprès d'enfants aux prises avec des traumatismes sévères et des troubles de l'attachement. Ces barrières sont encore plus difficiles à traverser dans les services sociaux du nord de l'Ontario. Le manque de ressources dans les organismes, les directives des ministères et les protocoles ne permettant pas l'intervention à moyen ou long termes avec les enfants et les familles, les lacunes dans la formation en service social sur les traumatismes et les troubles de l'attachement, l'obligation de se spécialiser de sa propre initiative pour les intervenantes et intervenants, ne sont que quelques-unes de ces barrières. Celles-ci pourraient faire l'objet de futures recherches tout particulièrement dans les situations de prises en charge d'enfants affectés par des traumatismes et des troubles de l'attachement par les Sociétés d'aide à l'enfance ou encore dans le milieu scolaire dans lequel étudient ces enfants.

Pour les recherches futures dans ce domaine, il serait important d'explorer davantage non seulement les symptômes chez l'enfant atteint d'un trouble réactionnel de l'attachement, mais aussi de prendre en considération la complexité de chaque enfant atteint, chacun est unique, comme l'est la situation de chacune des familles.

Dans ce mémoire, on a présenté certains modèles d'intervention proposés par les chercheuses et chercheurs. Ces modèles sont efficaces pour certains enfants atteints d'un trouble de l'attachement. Ces modèles démontrent leur efficacité comme on l'a remarqué. Sur le plan de notre pratique professionnelle, cela a été le cas pour TJ. Suite aux interventions, il a pu se sortir du cycle vicieux du deuil qu'il a vécu et dont parle Steinhauer (1996). Toutefois, pour d'autres, comme pour Sébastien par exemple, ce n'a pas été le cas. Il avait vécu des traumatismes sévères, un vécu difficile durant son enfance, il sera alors beaucoup plus difficile pour lui de changer, car en plus d'avoir vécu des traumatismes et d'être affecté par un trouble réactionnel de l'attachement, il a des séquelles neurobiologiques qui le suivront probablement durant toute sa vie.

Mais rappelons-nous que les histoires d'abus, de négligence et de maltraitance sont différentes pour chaque enfant, et par conséquent, l'intervention doit être toute aussi unique pour chacun de ses enfants. Les intervenantes et intervenants en service social ont besoin de modèles d'intervention qui soient plus fluides, qui cherchent à comprendre l'enfant dans toute sa complexité et pour son mieux-être.

BIBLIOGRAPHIE

- ADOPTONTARIO (2013). *Comprendre le traumatisme infantile*, réf. du 31 juillet 2015, http://www.adoptontario.ca/traumatisme-infantile?language=fr_FR&
- ADRIAENSSEN, Peter (2000). *Mon enfant a peur... et moi aussi ! : L'éducation à la résistance intérieure*, Bruxelles, De Boeck et Belin, Collection Comprendre.
- AINSWORTH, Mary et John BOWLBY (1965). *Child Care and the Growth of Love*, London, Penguin Books.
- AINSWORTH, Mary (1967). *Infancy In Uganda, Infant Care and the Growth of Love*, Baltimore, Johns Hopkins Press,
- AINSWORTH, Mary, Mary Blehar, Everett Waters et Sally Wall (1978). *Patterns of Attachment*, Hillsdale (NJ), Erlbaum.
- AINSWORTH, Marie Slater (1983). « L'attachement mère-enfant », *Enfance*, Nos 1-2, p. 7-18.
- ALTERHEROS (2015). *Abus physiques*, réf. du 15 mai 2015, <http://www.alterheros.com/experts/2002/09/abus-physique/>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, réf. du 13 juillet 2015, <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/FORMATIONDSM-5.pdf>
- ASSOCIATION ONTARIENNE DES SOCIÉTÉS DE L'AIDE À L'ENFANCE (2009). *L'aide à l'enfance, c'est vous. Rapport des sociétés de l'aide à l'enfance 2009-2010*, réf. du 15 mai 2015, <http://www.oacas.org/pubs/oacas/papers/oacaschildwelfarereport2010FR.pdf>
- BECKER, David (2003). «Trauma and Adolescence : The Impact of Trauma » *Adolescent Psychiatry*, Vol.13 , No 1 , p. 1-27.
- BERKOVITZ, Mike et Bob EISENBERG (1987). *The Big6™ Skills Approach to Information Problem-Solving*, réf. du 10 mai 2015, [Big6 Website <http://www.big6.com/what-is-the-big6/>]

- BERLINER, Lino et David ELLIOTT (2002) « Sexual abuse of children in the field of child maltreatment », dans *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, London, Sage Publications, p. 55-78.
- BONOMI, Amy (2008). « Association Between Self-Reported Health and Physical/Sexual Abuse Experience Before Age 18 », *Child Abuse and Neglect*, Vol, 32, No 7, p. 693-701.
- BOURASSA, Chantal (2003). « La relation entre la violence conjugale et les troubles de comportement à l'adolescence : les effets médiateurs des relations avec les parents », *Service Social*, Vol. 48, No 1, p. 30-50.
- BRIÈRE Jean et Catherine SCOTT (2006). *Principles of Trauma Therapy : A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*, California, Sage Publications, Inc, Thousand Oaks.
- BRILLON, Pascale, (2004) «Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, guide à l'intention des thérapeutes». réf du 9 avril, 2015, http://colloque.societecrimino.qc.ca/2010/actes/pdf/ate_12_02.pdf
- BOWLBY, John (1969). *Attachment and Loss : Volume 1 – Attachment*, London (UK), PIMLICO of Random House.
- BOWLBY, John (1973). *Attachment and Loss: Volume 2 – Separation, Anger and Anxiety*, London (UK), PIMLICO of Random House.
- BOWLBY, John (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*, London (UK), Tavistock Publications Limited.
- BOWLBY, John (1980). *Attachment and Loss: Volume 3 – Loss, Sadness and Depression*, London (UK), PIMLICO of Random House.
- BROOME, John (1993). *The Lifespan Integration Therapy*, réf. du 10 juillet 2015, <http://lifespanintegration.com/>
- BROWN Lee-Ann et Brett WHITAKER (2012). « Disseminating Child Maltreatment Interventions : Research on implementing evidenced-based programs ». *Child Maltreatment*, Vol. 17. No. 1. p. 1-9.
- BURNSIDE, Linda (2012). *Youth in Care with Complex Needs: Special Report for the Office of the Children's Advocate*, Edmonton (Al), Office of the Child and Youth Advocate.

- CALKINS, Susan (2004). *Le tempérament et son impact sur le développement de l'enfant*, réf. du 10 juillet 2015, <http://www.enfant-encyclopedia.com/Pages/PDF/CalkinsFRxp.pdf>
- CANNELLA, Barbara (2004). « Maternal/Fetal attachment: an integrative review ». *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 50, No 1, p. 60-68.
- CANADIAN CHILD WELFARE PORTAL (2015). *Violence et négligence envers les enfants*, réf. du 15 mai, 2015, <http://cwrp.ca/fr/violence-n%C3%A9gligence-envers-enfants>.
- CARL J. Sheperis, R. Anthony DOGETT, Nicholas E. HODA, Tracy BLANCHARD, Edina L. RENFRO-MICHEL, Sacky H. HOLDINESS, et Robyn SCHLAGHECK (2003). « The Development of an Assessment Protocol for Reactive Attachment Disorder », *Journal of Mental Health Counseling*, Vol. 25, No 4, p. 291-310.
- CASTAIGNOS-LEBLOND, Fabienne (2002). *Traumatismes historiques et dialogue intergénérationnel : un difficile exercice de mémoire*, Paris, L'Harmattan.
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE LA MONTÉRÉGIE-EST (2013). *Journée d'appropriation du DSM-5 pour les cliniques d'évaluation diagnostique de la Montérégie*, réf. du 3 mai 2015, <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/FORMATIONDSM-5.pdf>
- CHARA, Katherine et Patrick CHARA (2005). *A Safe Place for Caleb: An Interactive Book for Kids, Teens and Adults with Issues of Attachment, Grief, Loss, or Early Trauma*, London, Jessica Kingsley.
- CHILD STUDY CENTRE (2015). *Information pertinent aux Trauma systems therapy*. réf. du 18 juin, 2015. (<http://trauma-informed.ca/qu%E2%80%99est-ce-qu%E2%80%99un-traumatisme/stress-post-traumatique/?lang=frhttps://www.med.nyu.edu/child-adolescent-psychiatry/research/institutes-and-programs/trauma-and-resilience-research-program/trauma-systems-therapy>).
- CHILD TRAUMA ACADEMY (2015). *How Experiences in Early Childhood Create a Healthy Society*, réf. du 31 juillet 2015, http://www.lfcc.on.ca/Perry_Healthy_Society.pdf

- CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY (2013). *Parent-Child interaction therapy with at-risk families*. réf. du 15 mars, 2015.
https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/f_interactbulletin.pdf
- COHEN, Judith (2000). « Trauma-Focussed Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: An Empirical Update », *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 15, No 1, utilis2-1223.
- COOK, Alexandra et Joseph SPINAZZOLA (2005). « Complex trauma in children and adolescents », *Psychiatric Annals*, Vol. 35, No 5, p. 390–398.
- CRISCI, Gerladine (2007). *Understanding Trauma: Current Research, Attachment Theory and Brain Development*, Toronto, Geraldine Crisci and Associates.
- CRITTENDEN, Patricia. M. (2005). *Attachment Theory, Psychopathology, and Psychotherapy: The Dynamic-Maturational Approach*, Miami (Florida), Family Relations Institute.
- DDP NETWORK. (2015). *Dyadic Developmental Psychotherapy*, réf. du 12 mai, 2015, <http://ddpnetwork.org/about-ddp/>
- DEPRINCE, Anne (2008). « Trauma-Related Predictors of Detonic Reasoning : A Pilot Study in A Community Sample of Children », *Child Abuse and Neglect*, Vol. 32, No 1, p.732-737.
- DOHERTY, William R. (1998). « Emotional contagion and social judgment », *Motivation and Emotion*, Vol. 22, p. 187-209.
- DRUMBILL, Gary. C. (2006). « Ontario's Child Welfare Transformation: Another Swing of The Pendulum? », *Canadian Social Work Review*, Vol. 23, No 5, p.5-19.
- DUMARET, Aline (2004). « Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement des enfants », *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 163, No 6, p. 477-485.
- DU RANQUET, Mathilde (1991). « *Les approches en service social*. », Paris, Edisem.
- ELDERSON, James. (2005). « Children's Witnessing of Adult Domestic Violence », *Children's Experience of Domestic Violence*, Vol. 16, No 4, p. 1-25.

- FARAJ, Najib., Robert GODIN, Rokia MISSAOUI, Sophie DAVID et Pierre PLANTE (1996). « *Analyse d'une méthode d'indexation automatique basée sur une analyse syntaxique de texte* ». Canadian Journal of Information and Library Science / Revue canadienne des sciences de l'information et de bibliothéconomie, Vol, 21, No 1, p. 1-21.
- FERGUSON, David. B. (2008). « Exposure to Early Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Adulthood », *Child Abuse and Neglect*, Vol. 32, No 6, p. 607-619.
- FORD, Julian. D. (1998). « Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 11, No 4, p. 743-761.
- FOURNIER, Suzanne et Edny CREY (1998). « *Stolen From Our Embrace : The Abduction of First Nations Children and the Restoration of Aboriginal Communities* », Madeira Park (BC), Douglas & McIntyre.
- GERALDINE CRISCI AND ASSOCIATES. (2015). *Information portant sur les modèles d'évaluation pour les traumatismes*, réf. le 9 mai, 2014, <http://www.geraldinecrisci.com/about/>
- GERMAIN, Carole et Alex GITTERMAN (2008). *The Life Model of Social Work Practice: Advances in Knowledge and Practice*, Third Edition, New York, Columbia University Press.
- GILMORE, Jenny (2011). *Vicarious Trauma; a reflective practice approach*. Training provided through Peakcare Qld. réf. du 10 février, 2015, <http://www.jennygilmore.com.au/JennyNew/wp-content/uploads/2013/04/Vicarious-Trauma-Training-Handout-2012.pdf>
- GOUGH Pamela et Nitza PERLMAN (2006). *Le trouble de l'attachement* réf. du 22 avril 2009, www.cccw-cepb.ca
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2015). *Informations pertinentes sur les adoptions internationales*, réf. du 31 janvier 2015, <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2012000/chap/c-e/c-e02-fra.htm>
- GRANT, Agnes (2004). *Finding my talk: how fourteen native women reclaimed their lives after residential school*. Calgary (AB), Fifth House Ltd.

- GREENBERG, Mark, Dante CICCHETTI et Mark CUMMINGS (éds.) (1990). *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*, Chicago, London, The University of Chicago Press.
- GREENWALD, Richard (2005). *Child Trauma Handbook*, Binghamton (NY), The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- HALLETT, Marylou et Françoise BEAUFORT. (2003). « L'enfant souffrant des troubles de l'attachement », *Pétales*, Vol. 16, No. 1, p. 30-155.
- HIGGINS, Elliot. B. (2002). « Is Domestic Violence Learned? The Contribution of Five Forms of Child Maltreatment to Men's Violence and Adjustment », *Journal of Family Violence*, Vol. 17, No. 3, p. 223-245.
- HOFFMAN, Kent, Robert MARVIN, Glen COOPER et Bert POWELL (2006). « Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications : The Circle of Security Intervention », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, p. 1017-1026.
- HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES - CENTRE HOSPITALIER DE SOINS PSYCHIATRIQUES (2013). *Trouble réactionnel de l'attachement*, réf. du 31 juillet 2015, <http://hrdp.qc.ca/fr/maladies/nav/pedo.html?page=details.jsp&iddoc=107381>
- HUGHES, Daniel (2004). *Facilitating Developmental Attachment : The Road to Recovery and Behavioral Change in Foster and Adopted Children*, Lanham (Maryland), Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- HUGHES, Daniel (2008). « Adopting children with attachment problems », *Child Welfare*, Vol. 48, No. 5, p. 1-21.
- HUGHES, Daniel (2014). *Dyadic Developmental Psychotherapy : Goals and Objectives*, réf. du 15 mai 2015, www.ddpnetwork.com
- JACKSON, Greg B. (1989). « La méthodologie des recensions », *Comportement Humain*, Vol. 11, No 3, p. 11-28.
- JELIU G. (2004). « Styles d'attachement, apport des neurosciences et défis de l'intervention », *Prisme*, Vol, 44, p. 84-91.
- JOHNSON, Harriet, C (1999). *Psyche, Synapse, and Substance: The Role of Neurobiology in Emotions, Thinking and Addiction for Non-Scientists*, Greenfield, MA: Deerfield Valley Publishing.

- JOSEPH, Rhawn (1999). « The limbic system », *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 29, No. 3, p. 187-203
- KAGAN, Richard (2004). *Rebuilding Attachments with Traumatized Children : Healing from Losses*, Bringhampton, New York, The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- LABBÉ, Jean (2004). « Le syndrome du bébé secoué (SBS) : l'identifier et le prévenir », *MedActuel*, Vol. 4, No 11, p. 17-23.
- LIEBERMAN, Alicia, Elena PADRON, Patricia VAN HORNE et William HARRIS (2005). « Angels in the Nursery: The Intergenerational Transmission of Benevolent Parental Influences », *Infant Mental Health Journal*, Vol. 26, No 6, p. 504-520.
- LAPIERRE, Simon et Dominique DAMANT (2004). « Les mauvais traitements envers les enfants et les adolescents : le point de vue d'enfants et d'adolescents victimes », *Service Social*, Vol. 51, No. 1, p. 98-109.
- LARRIVEÉ, Marie-Claude, Chantal LAVERGNE, Sarah DUFOUR, et Nico TROCMÉ (2009). « L'abus physique avec ou sans autres formes de mauvais traitements : deux réalités ? », *Revue de psychoéducation*, Vol. 38, No.1, p. 73-95.
- LARSON James (1988). «The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health », *Social Indicators Research*, Vol. 38, No 2, p. 181-192.
- LISAK, David, S. B. (2007). « The Cycle of Violence: The Life Histories of 43 Death Row Inmates » *Psychology of Men and Macsulinity*, Vol. 8, No 2, p. 118-128.
- LES DÉFIS DE LA POST-ADOPTION. *Information portant sur les adoptions*. réf. du 13 avril 2015. <http://www.quebecadoption.net/adoption/00post.html>.
- LEVEILLE, Madeleine (s.d.). *DSM-5 and School Psychology. Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder*, réf. du 15 juillet 2015, <http://www.nasponline.org/publications/cq/42/8/dsm5.aspx>
- LEV-WIESEL, Rachel (2007). « Intergenerational Transmission of Trauma Across Three Generation : A Preliminary Study », *Qualitative Social Work*, Vol. 6, No 1, p 75-94.

- LIPTON, Bruce (2008). *The Biology of Belief : Unleashing the Power of Consciousness, Matter & Miracles*, Vancouver, Hay House, Inc.
- LOONIS, Eric (1992). «T.A.S.T., le chaos familial », Mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, Bordeau II, Université V, Ségalen.
- LUPIEN, Sonia, SCHWARTZ, George, NG, Ying Kin, FIOCCO, Alexandra WAN, Nathalie, PRUESSNER, Jens, MEANEY, Michael, VASAVAN, Nair. (2006). « The Douglas Hospital Longitudinal Study of Normal and Pathological Aging: summary of findings». *Psychiatry Neurosci*. Vol. 30. No. 5. p. 328-334
- MAIN, Mary et Judith SOLOMON (1990). « Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation », dans Mark Greenberg, Dante Cichetti et Mark Cumming (éds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*, Chicago, London, The University of Chicago Press., p. 121-160.
- MANITOBA TRAUMA INFORMATION AND EDUCATION CENTRE (2015). *Stress post-traumatique*, réf. du 31 juillet 2015, <http://trauma-informed.ca/qu%E2%80%99est-ce-qu%E2%80%99un-traumatisme/stress-post-traumatique/?lang=fr>
- MARSHALL, William (1994). « Pauvreté des liens d'attachement et déficiences dans les rapports intimes chez les agresseurs sexuels », *Criminologie*, Vol. 27, No 2, p. 55-69.
- MARVIN. Robert, Glenn COOPER, Kent HOFFMAN et Bert POWELL (2002). « The circle of security project: Attachment Based interventions with caregiver-pre-school aged child dyads », *Attachment and Human Development*, Vol. 4, No 1, p. 107-124.
- MILLER, William et Stephen R. ROLLINICK (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, New York, Guilford Press.
- MISSIONNIER, Sylvain (2009). « Incertitude, anticipation et résilience à l'aube de la vie : point de vue du psychologue », *Archives de Pédiatrie*, Vol. 16, No 9, p. 1313-1320.
- MUKADDES, Nahit Motavalli, Nimet F. KAYNAK et Gulsevrim KINALI (2004). «Treatment of Children with Autism and Reactive Attachment Disorder Autism», *The International Journal of Research and Practice*, Vol. 8, No 1, p.101-109.

MUSTARD, J. Fraser et Margaret N. M^CCAIN (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux - Étude sur la petite enfance : Rapport final*, Toronto, Institut canadien des recherches avancées.

NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK (2011). *Information pertinent aux traumatismes vécus par les enfants*. réf. du 3 novembre, 2015. <http://www.nctsn.org/>

NOLL, Justin (2008). «Sexual Abuse of Children: Unique in its effects on Development? » *Child Abuse and Neglect*, Vol. 32, No. 6, p. 603-607.

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES TECHNICIENS EN TRAVAIL SOCIAL DE L'ONTARIO. (2015). Information pertinent au code d'éthique des travailleurs sociaux. réf. du 13 mai, 2015. <http://www.ocswssw.org/pratique-professionnelle/code-de-deontologie-et-normes-dexercice/?lang=fr>

ORLANS, Michael et Robert LEVY (2014). *Attachment, Trauma, and Healing: Understanding and Treating Attachment Disorder in Children and Families*, London (UK), Jessica Kingsley Publisher.

OUELETT, Michele (2011). *Théories pour l'attachement : repères pour l'intervention auprès des familles d'accueil ou d'adoption*, Mémoire de maîtrise en travail social, Montréal, Université du Québec à Montréal.

PARENT-CHILD INTERACTIONAL THERAPY (2012). *Information sur la thérapie PCIT*, réf. du 19 avril, 2015. <http://pcit.phhp.ufl.edu/>

PERRY, Bruce (1996). « Childhood Trauma, The Neurobiology of Adaptation & Use-Dependent Development of the Brain: How States Become Traits », *Infant Mental Health Journal*, Vol. 16, No 4, p. 271-291.

PEARLMAN, Lee Ann (2003). *Trauma and Attachment Belief Scale Manual*, Los Angeles, Western Psychological Services.

PIOLAT, Annie (2002). *La recherche documentaire : Manuel à l'usage des étudiants doctorants et jeunes chercheurs*, Marseille, Solal.

PROVENCE Sally et Rose LIPTON (1961). *Infants in Institutions*, New York, International Universities Press Inc.

- PSYNEM (s.d.a). *Marie Salter Ainsworth*, réf. du 29 juillet 2015,
http://www.psynem.org/Rubriques/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Dossiers/Attachement/Biographies/Marie_Salter_Ainsworth
- PSYNEM (s.d.b). *John Bowlby, Marie Ainsworth et Marie Main*, réf. du 29 juillet 2015,
http://www.psynem.org/Rubriques/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Dossiers/Attachement/John_Bowlby_Marie_Ainsworth_Marie_Main
- PUTNAM, Frank (2006). «The Impact of Trauma on Child Development », *Juvenile and Family Court Journal*, Vol. 18, No 2.p. 1-22.
- PUTZ, Chantal. (2015). Les enfants victimes de violences., réf. du 12 mai, 2015,
<http://www.quebecadoption.net/adoption/postadopt/violences.html>
- RATEY, James. J. (2001). *A Users Guide to the Brain*, New York, Allyn & Bacon.
- REDER, Peter et Clare LUCEY (2004). « The Child's Perspective. Chapitre 4», dans Gerladine Fitzpatrick (dir.), *Assessment of Parenting: Psychiatric and Psychological*, Oxen, Routledge, p. 56-72.
- REDER, Peter et Clare LUCEY (1995). *Assessment of Parenting: Psychiatric and Psychological Contributions*, Great Britain, Brunner-Routledge Taylor & Francis Group.
- ROBERTS, Donald et Deanda ROBERTS (2007). *Another Chance: Attachement and Object Relations Treatment of Borderline Personality Disorder*, Lanham, The Rowman and Little Field Publishing Group.
- RODRIGUE, José (2015). *Une pratique généraliste du service social informée par la neuroscience sociale : et pourquoi pas ?* Mémoire de maîtrise en service social. Sudbury, Université Laurentienne, École des études supérieures.
- ROGERS, Sally, Rose MARTIN, William. Anthony, Joseph MASSARO, Karen DANLEY, Thomas. CREAM et William PENK (2001). « Assessing Readiness for Changes among Persons with Severe Mental Illness », *Community Mental Health Journal*, Vol. 37, No 2, p. 97-112.
- RYGAARD, Peter (2005). *L'enfant abandonné: guide de traitement des troubles de l'attachement*, Bruxelles, De Boeck Supérieur.
- SAAKVITINE, Karen et Lauie Ann PEARLMAN (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatisatation*, New York, W.W. Norton.

- SALTON, Gerard et Christopher BUCKLEY (1998). « Term weighting approaches in automatic text retrieval », *Information processing and management*, Vol, 24. No 5. p. 513-523.
- SASAKATCHEWAN PREVENTION INSTITUTE (2007). *Des liens pour la vie*, réf. du 15 mai 2015, http://www.skprevention.ca/wp-content/uploads/2013/01/6021_Des_Liens_Pour_La_Vie_Guide.pdf
- SAXE, Glenn (2015). *Trauma Systems Therapy. Information relié au modèle de "trauma systems therapy*, réf. du 13 janvier, 2015, <https://www.med.nyu.edu/child-adolescent-psychiatry/research/institutes-and-programs/trauma-and-resilience-research-program/trauma-systems-therapy>
- SCHECHTER, Daniel (2003). « Fits and Starts: A Mother-Infant Case-Study Involving Intergenerational Violent Trauma and Pseudoseizures Across Three Generations », *Infant Mental Health Journal*, Vol. 24, No 5, p. 510-528.
- SCHORE, Allan (2001). « Relational Trauma and the developing right brain », *Infant Mental Health Journal*, Vol 22, No 2. p. 201-269
- SIEGEL, Daniel (1999). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*, New York, The Guildford Press.
- SIEGEL, Daniel (2003). «Attachement et compréhension de soi : une éducation prenant en compte le fonctionnement du cerveau », dans M. Hartzell (dir.), *Parenting From the Inside Out: How a Deeper Self-Understanding Can Help You Raise Your Children*», California, UCLA faculté de médecine.
- SIEGEL, Daniel. (2007). *The Mindful Brain : Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*, New York, W. W. Norton & Company, Inc.
- SITH, Sandra M., Liu Ting, L. Christopher DAVIES, Esther L. BOYKIN, Meagan C. ADLER, Jennier M. HARRIS, Anurag SOM, Mary MCPHERSON (2009). « Risk Factors in Child Maltreatment : A Meta-Analysis of the Litterature ». *Agression and Violent Behavior*, Vol. 14, No 1, p. 13-29.
- SILVERSTEIN, Michael, Howard HITZEL et Lindsay SCHENKEI (1998). « Cognitive Barriers to Rehabilitation Readiness: Strategies for Identification and Intervention », *Psychiatric Services*, Vol. 32, No 2, p. 34-36.

- SINDI, Shireen (2011). « Profil d'un chercheur, Dr Michael I. Meaney. Soin maternel et génétique et stress: un impact sur la réactivité au stress ? ». *Marmouth Magazine*, No 9, p. 3.
- SPRATT, Evelyne (2010). *Troubles réactionnels de l'attachement*, réf. du 15 mai 2015, <http://g.biron.free.fr/PETALES/Troubles%20r%8Eactionnels%2352D77.pdf>.
- STATISTIQUE CANADA (2012). *Adoptions internationales*, réf. du 15 mai 2015, <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2012000/chap/c-e/c-e02-fra.htm>
- STEINHAUER, Paul (1996). *Le moindre mal. La question du placement de l'enfant*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- STEPHENS, Thomas et Natasha JOUBERT (2001). « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, Vol. 22, No 1, p. 19-25.
- STRAND, Victor (2005). « Assessment and Screening Tools for Trauma in Children and Adolescents: A Review », *Trauma, Violence and Abuse*, Vol. 6., No 1, p. 55-78.
- STRATTON, Paul et Helga HANKS (1995). « Assessing Family Functioning in Parenting Break down », dans Peter Reder et Clare Lucey (éds), *Assessment of Parenting: Psychiatric and Psychological Contributions*, Great Britain, Brunner-Routledge Taylor & Francis Group, p. 21-38.
- TAYLOR, Raymond J. (2002). « Contemporary Family Therapy: Family unification with Reactive Attachment Disorder children: A brief overview », *An International Journal*, Vol. 24, No 3, p.475-481.
- THE NATIONAL TRAUMA AND STRESS NETWORK (2015). *Information pertinente aux traumatismes chez les enfants*, réf. du 14 juin, 2015, <http://www.nctsn.org/>
- THOMAS. Robert, Michael J. ZIMMER-GEMBECK (2007). « Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P Positive Parenting Program. » *Abnormal Child Psychology*, Vol. 35, No 3, p. 475-495
- TRIPLE P POSITIVE PARENTING PROGRAM (2015). *Information pertinente sur le rôle parental*, réf. du 10 janvier, 2015, <http://www.triplep.ontario.ca/fr/home.aspx>

- TROCMÉ, Nico, Barbara FALLON, Bruce MACLAURIN, Vandna SINHA, Tara BLACK, Elizabeth FAST, Sonia HÉLIE et Daniel TURCOTTE (2010), *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008*, réf. du 31 juillet 2015, http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/PHAC_ECI-2008_FR.pdf
- TROUSSE DE RECHERCHE SUR L'ATTACHEMENT. (2015). *Information sur les troubles d'attachements*, réf. du 14 mars 2015, http://www.skprevention.ca/wp-content/uploads/2013/01/6021_Des_Liens_Pour_La_Vie_Guide.pdf
- VACHON, Julie (2004). « À propos de la formation de base des professionnels », *Prisme*, Vol. 33, No 44, p. 42-47.
- VAN IJZENDOORN, Marinus H. et Marian J. BAKERMANS-KRANENBURG (2010). *Attachement sécurisé et désorganisé dans les familles et les orphelinats où il y a maltraitance*, réf. du 12 mai 2015, <http://www.enfant-encyclopedie.com/attachement/selon-experts/attachement-securise-et-desorganise-dans-les-familles-et-les-orphelinats>.
- WALKER, James (2007). « Unresolved Loss and Trauma In Parents and The Implications in Terms of Child Protection », *Journal of Social Work Practice*, Vol. 21, No 1. p. 223-247.
- WALKER, Michael. T. (2006). « The Social Construction of Mental Illness », *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, Vol. 10, No 1. p. 71-87.
- WATILLON, Annette (1999). *Mémoire traumatiques du nouveau-né*, réf. du 15 mai 2015, <http://www.psycorps.org/la-revue/editoriaux/39-editorial-vol-4-nd2-1999>
- WIDOM, Cathy A. (2008). « Childhood Victimization and Lifetime Revictimization », *Child Abuse and Neglect*, Vol. 32, No 8, p. 785-796.
- WIKIPEDIA (2015). *Trauma Systems Therapy*, réf. du 2 août 2015, https://en.wikipedia.org/wiki/Trauma_Systems_Therapy.
- WILSON, Samantha L. (2001). « Attachment Disorders: Review and Current Status », *Journal of Psychology*, Vol. 135, No 1, p37-51.
- WHITTEMORE, Rorbert et Katherine KNAFL (2005). « The Integrative Review; Updated Methodology », *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 52, p. 546-553.

- YEUHDA Rachel, S. L. (2001). « Childhood Trauma and Risk for PTSD: Relationship to Intergenerational Effects of Trauma, Parental PTSD and Cortisol Excretion », *Development and Psychopathology*, Vol. 13, p. 733-753.
- ZAZLOW, Robert (1977). «*Rage, Resistance and holding. The Z-process approach*», San Jose, San Jose State University.
- ZELAZO, Phillip (2015). «*Fonction exécutive, quatrième partie : croissance du cerveau et développement de la fonction exécutive.* », réf du 11 septembre 2014, <http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/News/Series/ExecutiveFunction/Pages/Executive-Function-Part-Four-Brain-growth-and-the-development-of-executive-function.aspx>
- ZEANAH, Charles et Thomas G. O'CONNOR (2003). « Attachment Disorders : Assessment Strategies and Treatment Approaches », *Attachment and Human Development*, Vol. 5, No 3, p. 223-244.